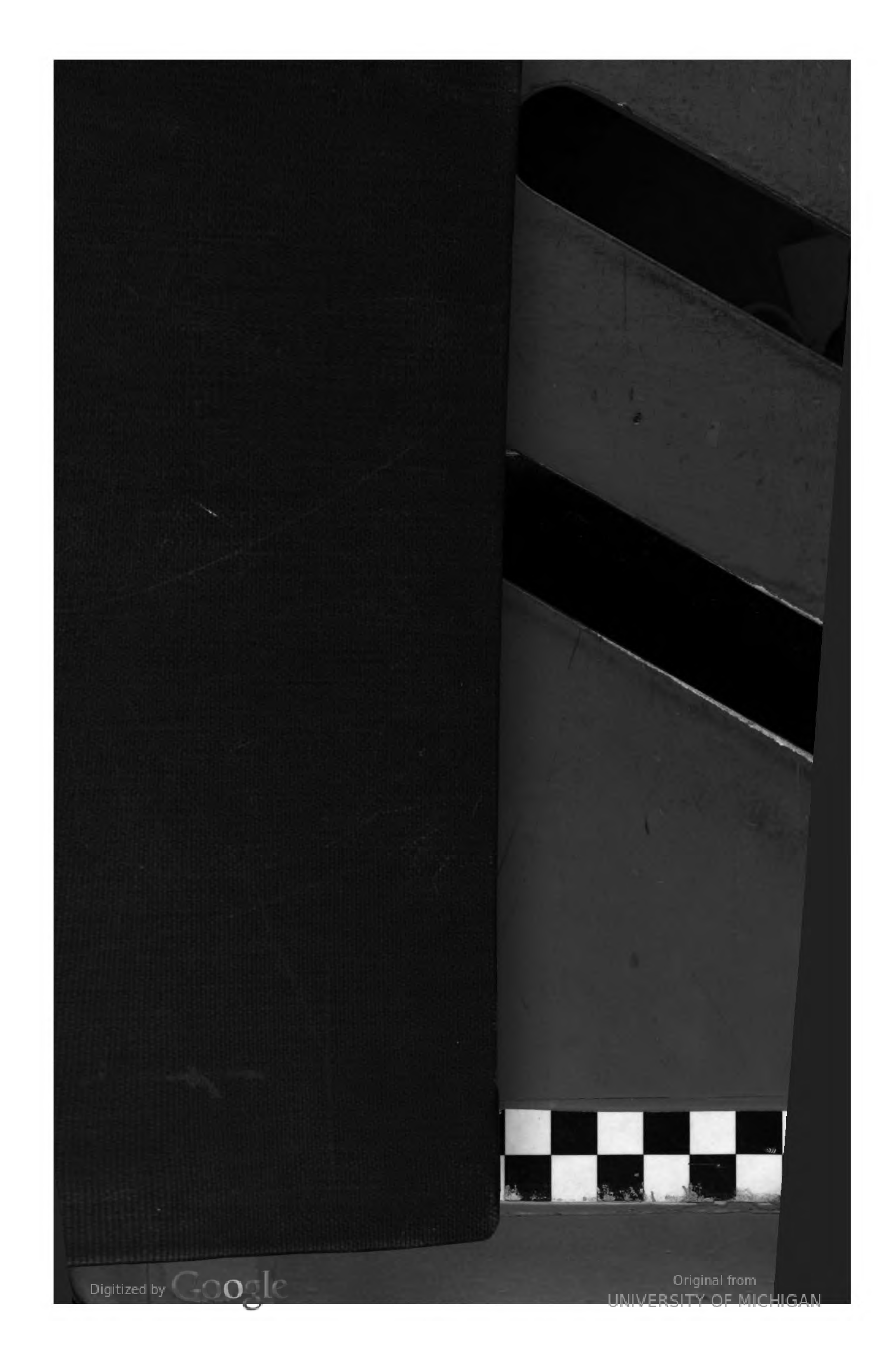
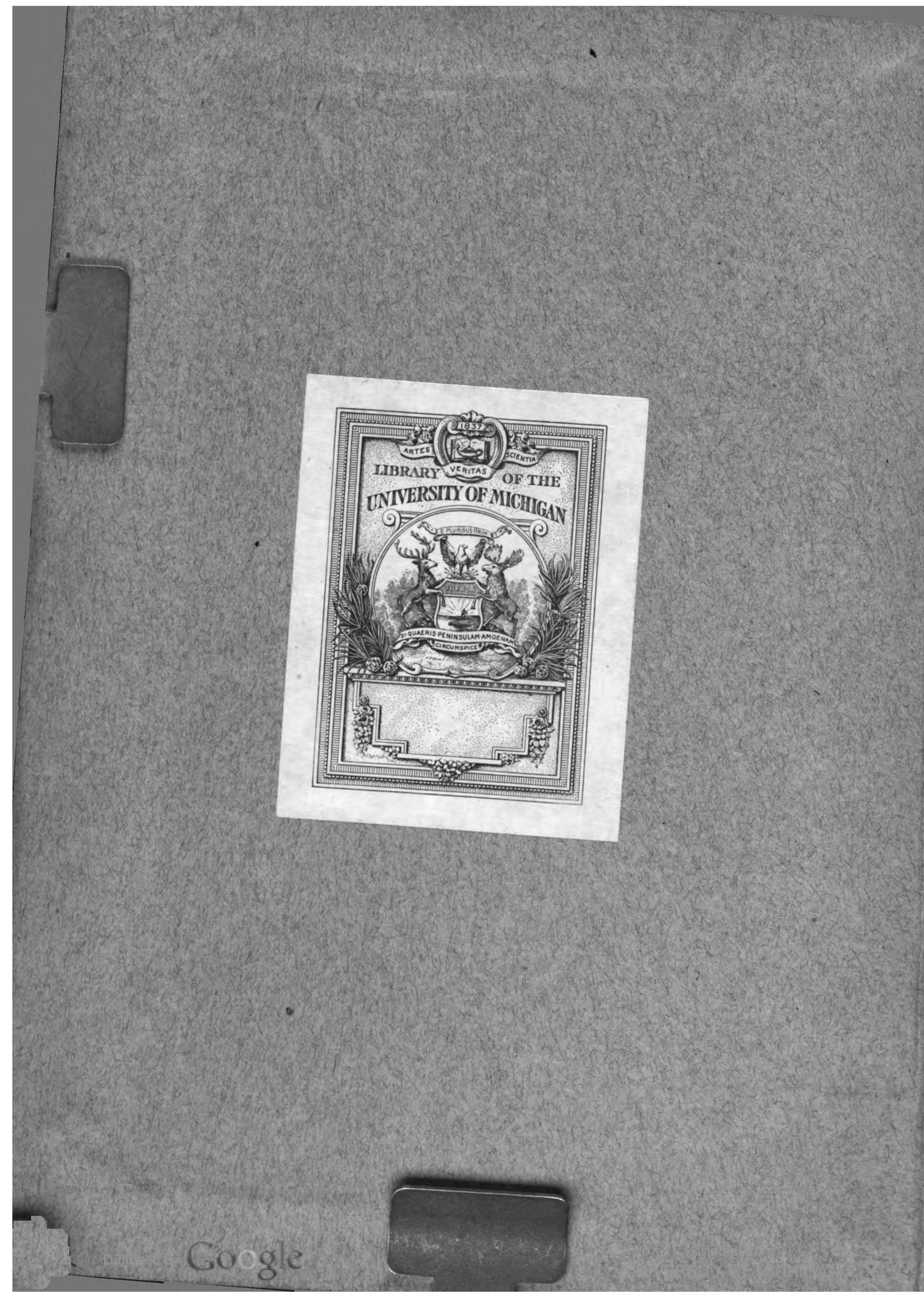
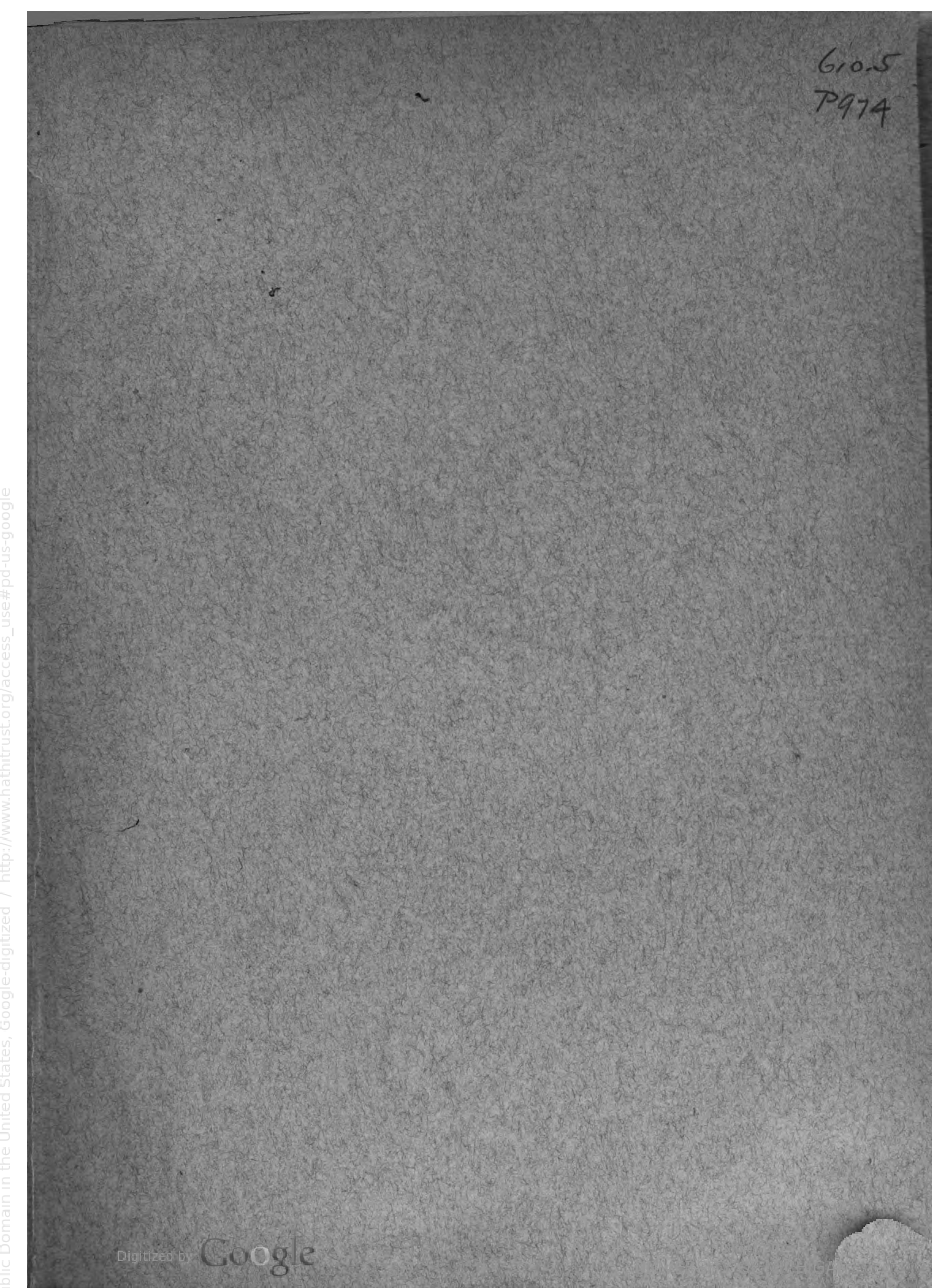
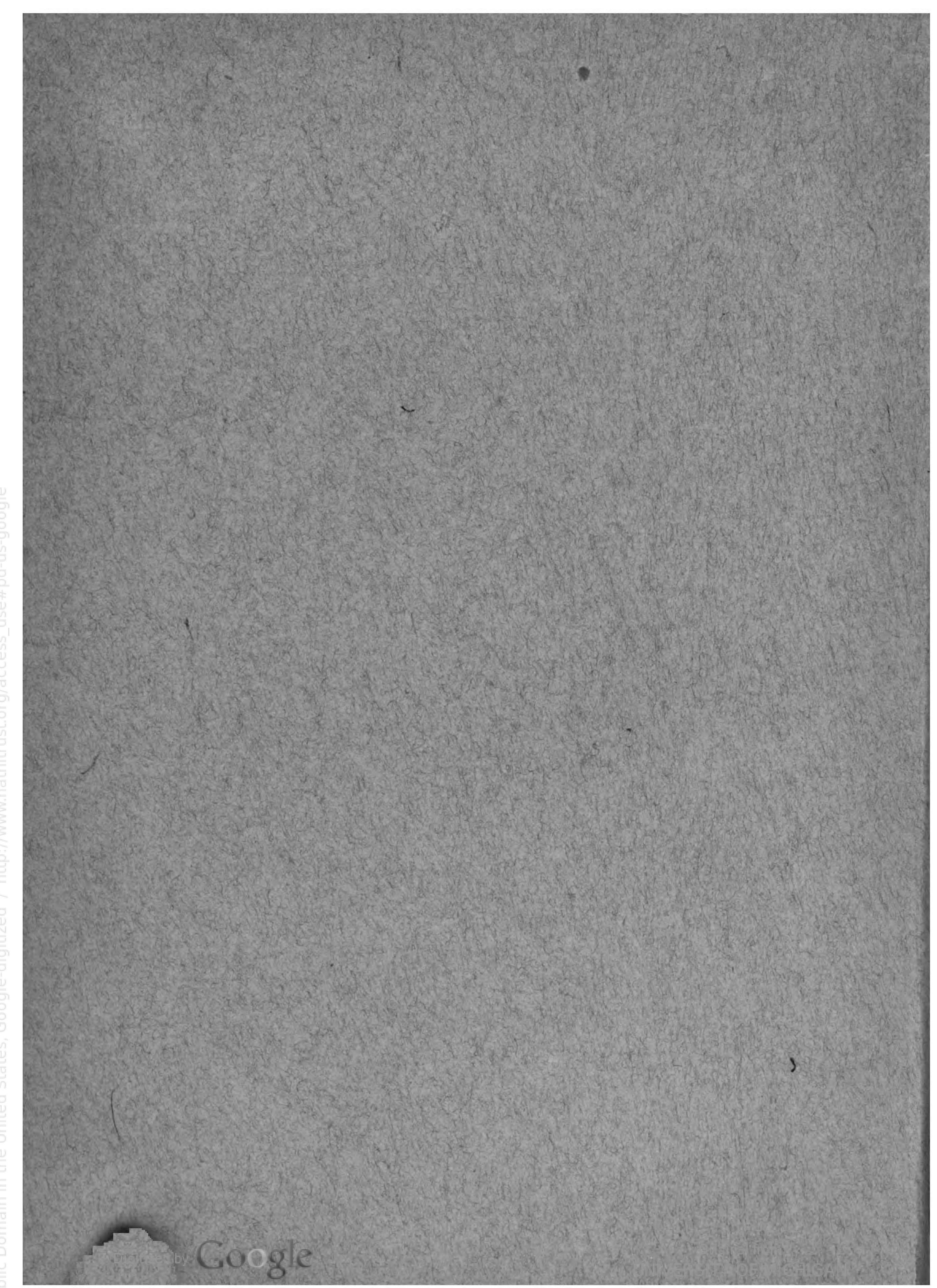
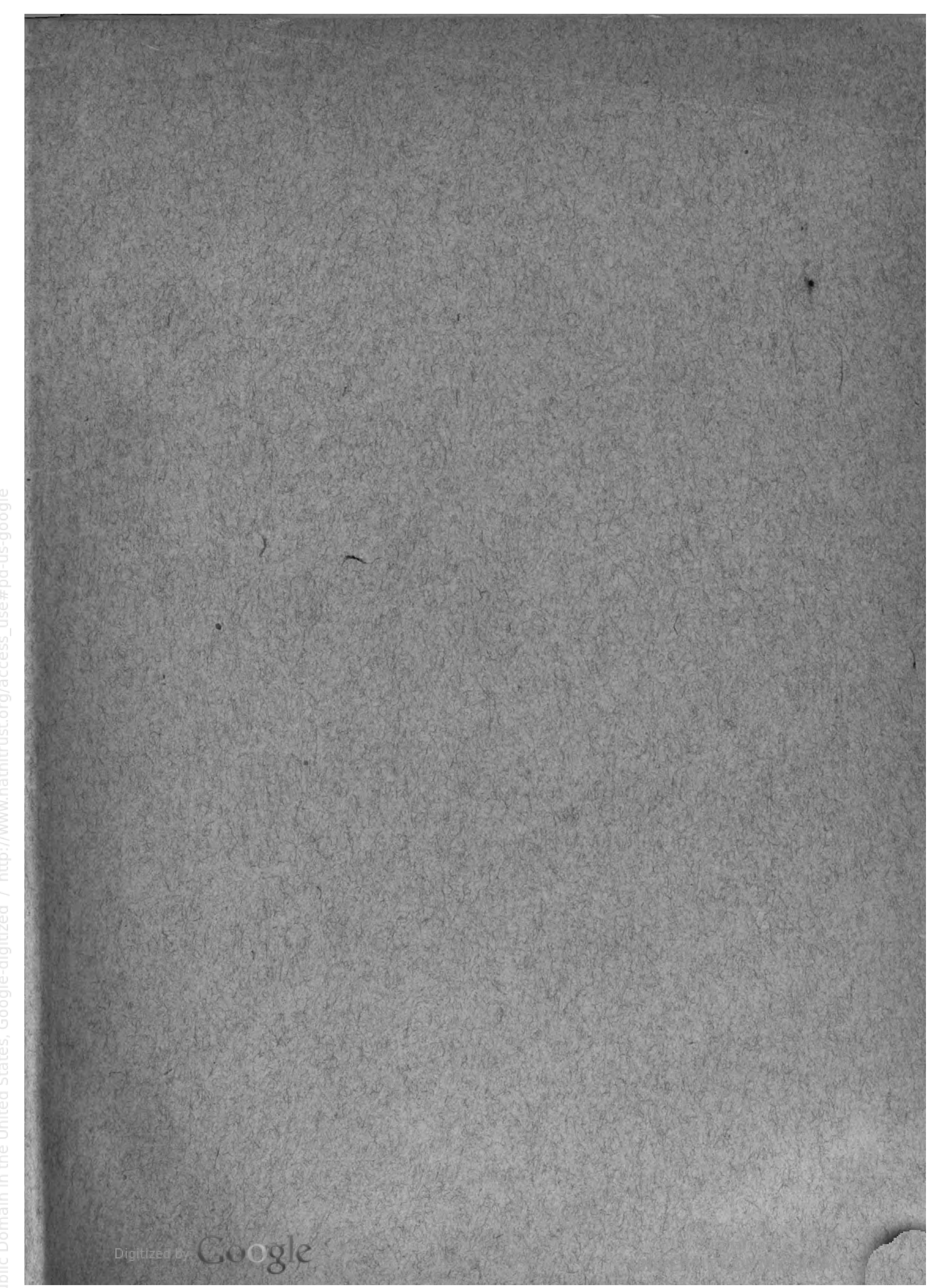
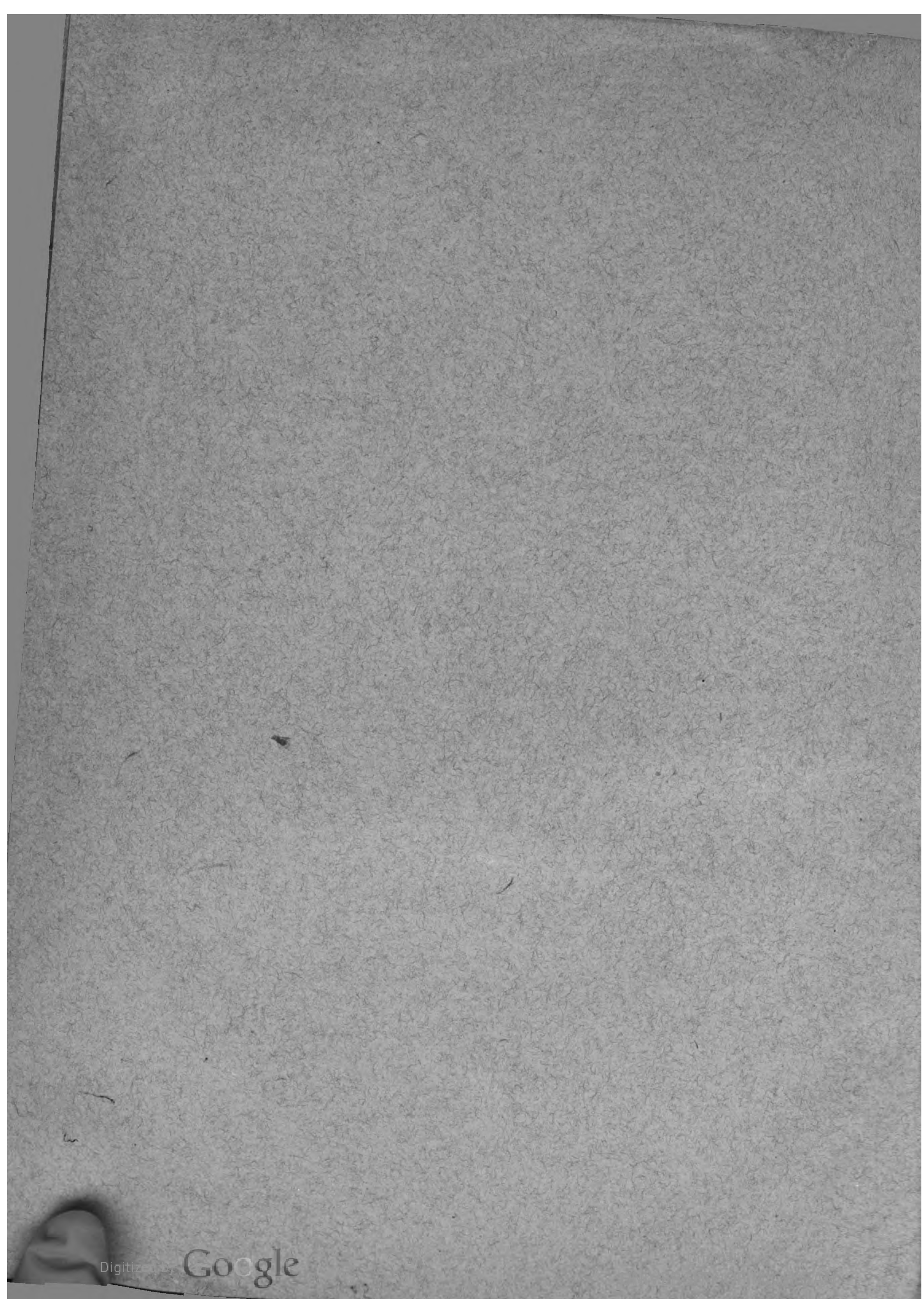



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE









Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Prof. Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. G. Anton, Halle. Direktor Dr. Beyer, Rodenbirken b. Leichlingen. Prof. Dr. Bleuler, Zürich. Oberarzt Dr Deiters, Grafenberg. Staatsinspektor Dr. van Deventer, Amsterdam. Prof. Dr. L. Edinger, Frankfurt a. M. Oberarzt Dr. Falkenberg, Herzberge (Berlin) Med.-Rat Dr. Fischer, Wiesloch (Baden). Hofrat Dr. Friedländer, Hohemark. Direktor Dr. Herting, Galkhausen (Rheinland). Med.-Rat Dr. Ilberg, Großschweidnitz (Sachsen). Direktor Dr Kluge, Potsdam. Med.-Rat Dr. Kreuser, Winnenthal (Württemberg) Direktor Dr. Lehmann, Lindenhof. San.-Rat. Dr. Merklin, Treptow a. R. Prof. Dr. Mingazzini, Rom. Direktor Dr Morel Gand (Belgien). Direktor Dr. v. Olah, Budapest. Prcf. Dr. A. Pilcz, Wien. Direktor Dr. Ritti, St. Maurice (Seine). Reg.-Rat Dr. H. Schlöß, Wien. Prof. Dr. Ernst Schultze, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. Sommer, Gießen. Reg.-Rat Dr. Starlinger, Mauer-Öhling (Niederösterreich). Direktor Dr. Urquhart, Perth (Schottland). Direktor Dr. Vocke, Eglfing bei München. Professor Dr. Heinrich Vogt, Nervenarzt, Frankfurt a. M. Direktor Dr. med. et phil. W. Weygandt, Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien).

Elfter Jahrgang 1909/1910.



Verlag von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.





Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Aberglaube 397
Abwehr unberechtigter Angriffe 313, 339, 383, 417
Affekt und Paranoia 321
Affenproblem 12
Alkoholabstinente, Vergünstigung bei Lebensversicherung 175
Alkoholgenuß, der Schulkinder 174, in Württemberg 182
Alkoholismus, Bekämpfung — preuß. Min.-Erlaß 136, wissenschaftliche Kurse zum Studium des A. 20
Alkoholisten, Anstaltsbehandlung bei der Landesversicherungsanstalt Hannover 10, Rheinprovinz etc. 196
Alkohol und Verbrechen 11
Altern, als abwendbare Krankheit 59
Andernach, St. Thomas, 75 jähriges Bestehen 375
Angelegenheiten § 6 BGB., 6
Anstaltsbau 143, 445
Anstaltsbibliothek 451
Anstaltstechnische Neuheiten und Fortschritte 49
Anstaltswesen, Ausbau 129, 137, 169
Antiepileptisches Pulver 28
Antipsychiatrische Literatur 42, 71, 152, 177, 179, 218, 275, 313, 338, 355, 383
Antipsychiatrisches Zentralorgan 273
Apperzeption (Lange) 319
Apraxie und Demenz 109
Arbeitsentlohnung 310
Archivios Brasileiros di Psychiatria 314
Arsenige Säure bei Paralyse 437
Arsenophenylglyzin bei Paralyse 158
Arsenpräparate, Verhalten im menschlichen Körper 158
Arteriosklerotische Erkrankung des Zentralnervensystems 149, 460 (Initialerscheinungen)
Arteriosklerotische Psychosen 455
Audition morbide 366
Auffassungsprüfung 146
Aufmerksamkeit, Pathologie 365, 366
Aufnahmestationen für Psychisch-kranke 445
Aussageexperiment als psychopathologische Untersuchungsmethode 159

Baden, Irrenfürsorge 354 Irrenhilfsverein 363
Bäder und Badeanstalten (Schleyer) 110: Dauerbäder s. d.
Banzer, Fall v. B. 330, 347
Basedowsche Krankheit und Psychose 95; Differentialdiagnose 339
Baugour-Village, Schottland 253
Bayern, Irrengesetzgebung 61; neue Anstalt in der Oberpfalz 339
Begnadigungswahn, präseniler 175
Belgisches Irrenwesen, klerikale Einflüsse 281
Beobachtung in der Irrenanstalt § 81 StPO. 4, 5; Militär-StGO. § 217, 6
Berlin, neue Irrenanstalt 308; Fürsorge für entlassene Geisteskranke 460
Bewußtsein 389
Bilharz, Dr., 50 jähriges Doktorjubiläum 213
Böhmen, Überfüllung der Anstalten 459
Brandenburg, neue Prov.-Irrenanstalt 296
Brombehandlung, salzlose 333
Bromglidine 305, 453
Bromvalidol 176
Brosius, Todesanzeige 437, Nekrolog 463
Brunke, Fall B. 437
Bürstenbinderei 49

Chirurgie und Geisteskrankheiten 244
Cola, Sirupus Colae compos. 79, 84
Coryfin 52, 366

Dauerbäder in der städt. Irrenanstalt zu Frankfurt a. Main, mit Abbildungen 188
Degeneration, Preisausschreiben 408; Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken 127
Degenerierte, wahnhafte Einbildungen 366
Dementia praecox 8, 94, 95, 244, 373; pathologische Anatomie 126; biologische Reaktion im Blute 174, 175; subjektive Empfindungen und objektive Erscheinungen 181; Psychoanalyse eines Falles 218; D. p. in der Armee 340
Demenz und Apraxie 109
Denken, Mechanismus des D.s 227
Denker, führende 227
Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke, Illustrationswerk 388
Diarrhöen, Massen-D.en in Friedrichsberg 338
Diagnostik, topische, der Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten (Bing) 373
Dichtung und Neurose 460

Diplosal 382
Dummheit Über die D. 219
Düren, Feuer in der Prov.-Anstalt 354
Düsseldorf, Departemental-Anstalt 195

Ebberödgaard, Anstalt in Dänemark 156
Edel, San.-Rat, 50 jähriges Doktorjubiläum 161
Edinburgh, Asylum 253
Eherecht (Sauer) 287
Einsicht in die Strafbarkeit einer Handlung § 47, 56 StGB. 1 2, 3
Esentherapie 85
Energie und seelische Richtkräfte (Herz) 426
Entartung 365
Entmündigung, Begriff d. Angelegenheiten § 6 BGB. 6; Nichtigkeit § 646 ZPO., § 1329 BGB. 34; § 650 ZPO. 40, § 664 ZPO. 41; Entmündigungsgesetz in Österreich 419, 439; bei Querulanten 59, 343; Wiederaufhebung § 6 BGB., § 686 ZPO. 7, 13
Enzephalomyelitis 149
Epilepsie, Behandlung 396; Brombehandlung, salzlose 333; Bromglidine 305; fleischarme Diät 244; Grenzgebiete der Epilepsie 373; Zeitschrift, internationale 183
Epileptiker, meteorologische Einflüsse 396; Sexualität 364
Erziehung und Nervosität 373
Eschatologie 153
Eumydrin 96
Ewell, Londoner Epileptikerkolonie 162
Exkursion der Greifswalder Studenten zur Besichtigung von Irren- etc. Anstalten 355

Fäkalabfuhr in Anstalten 51
Familienmord durch Geisteskranke 184, 226
Familienpflege 253; Berlin 309, Gheel 310
Fanatismus 397
Ferralbol 104
Festschrift, zum 40 jährigen Bestehen der Edelschen Anstalt 244, zu Tilings Jubiläum 95
Fife, Anstalt in Schottland 253
Folies raisonnantes 236
Friedrichsberg, Massendiarrhöen 338
Frühsymptome bei Geisteskrankheiten 409
Fürsorgeerziehung 227, 311; F. u. Psychiatrie 465

Gefängnispsychosen (Wilmanns) 220, bei lebenslänglich zu Zuchthaus Verurteilten 175
Gehälter der Anstaltsärzte, Dresden 452; Hannover 34; New York 294, 417; Rheinprovinz 10
Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik, topische 373; G.-verletzungen durch stumpfe Gewalt 127; G.-oberfläche bei Paralytischen 304
Geisteskranke, Bluttaten G.r 219; Fürsorge im Kriege 311; in englischen Gefängnissen 311; in den französischen Kolonien 309; Fürsorge für entlassene Geisteskranke 309; amtliche Nachweisung der 1906 bis 1908 gemäß § 81 StPO. und § 656 ZPO. in preußische Anstalten aufgenommenen G. n. 343; Leitfaden der Pflege Geisteskranker (Falkenberg) 227, 304; unbekannte G., Beilage zu Nr. 54; ein Geisteskranker, der Gesunde übertölpelt 287; eingewanderte auf Geisteskrankheit verdächtige Personen in New York 293; Familienmord durch Geisteskranke 184, 226; gefährlicher G. in der Anstalt ist ein Gefangener § 120, 347 StGB. 3; Beschwerderecht in Hamburg 286, 303; Prozeßfähigkeit § 53 ZPO. 33; Fürsorge für kriminelle G. 97, 309; g. Strafgefangene in Preußen, Immediateingaben 110
Geisteskrankheit, Ehescheidung § 1569 BGB. 31; Abnahme 339; Frühsymptome 409; G. bei den Indianern 365
Geistesleben, Mechanik des G.s 227
Geistesschwache und Minderwertige, Ausbeutung durch Vertrag verstößt gegen die guten Sitten § 138 BGB. 14, 15
Geisteszustände, Sachverständigentätigkeit bei zweifelhaften G.n 185
Genie, Gesichtsbildung 312
Genua, neue Anstalt 310
Gerichtliche Medizin, Grundriß 95
Geschäftsunfähigkeit § 104 BGB. 13; § 105 BGB. 14
Geschlechtsfunktionen, Einfluß auf die weibliche Kriminalität 127
Geschlechtsgefühl 312
Geschlechtsmerkmale, sekundäre 312
Gesichtsausdruck bei inneren Krankheiten 234
Glasgow, Aufnahmestation 253
Glia bei Psychosen 120
Grashey, v., 70. Geburtstag 353
Größenwahn 321
Großschweidnitz 73
Guajakolsomatose 196, 236
Guajakose 390
Gutachten § 159, 163 StGB. 3
Gutachten, gefälschtes, psychiatrisches 93
Gynoval 356

Halluzinationen, Gehör 366; telepathische 365
Hamburg, Irrenfürsorge 309
Hanwell, Londoner Irrenanstalt 162
Haschischkranke 310
Heilpädagogik 227, 311, 460 (Enzyklopädisches Handbuch)
Hilfskindergärten 311
Hilfsschulen, Fortbildungskursus in Bonn 372
Hochgebirgskuren für Nervenleiden 437
Hölderlin 103
Homosexuelle, Einteilung 227
Hypochondrie 319
Hysterie, ob Ehescheidungsgrund § 1568 BGB. 26, H. u. Psychoanalyse 393

Idiotie, moralische 152; Wassermannsche Reaktion 296
Idstein, Vermächtnis 355
Illinois, Irrenpflege 309
Indiana, Irrenanstalt 136
Indikanurie, periodische, beim manisch-depressiven Irresein 182
Internierung, angeblich widerrechtliche 143, 218, 355
Irrenabteilung, in einer Strafanstalt § 81 StPO. 4
Irrenanstalten, bauliche Entwicklung 311; wissenschaftlicher Betrieb 223, 263, 279, 370, 385, 434, 457;



Feuer in der Irrenanstalt (Düren) 354; Organisation 129, 137, 139, 169, 222; die Wahrheit über die Irrenanstalten 280; Unfall (Paris) 308, 339
Irrenfürsorge in Europa (Pandy) 288; Irren-Gesetzentwurf in Österreich 419, 439
Irrengesetzgebung, Baden 354; Bayern 61; Frankreich 310; Italien 310; Österreich 287, 419, 439
Irrenhilfsvereine 309; Baden 263; Nürnberg 259
Irrenpflege, Schwesternschaft 301; weibliches Pflegepersonal bei männlichen Kranken 357, 447
Irrenwesen, reichsgesetzliche Regelung 234; Petition um Neuregelung in Deutschland 136; in Ungarn 197, 202
Irresein, induziertes 105

Jahresberichte 310
Jodglidine 418
Jugendgerichtshof in Frankfurt a. Main 37, 311
Jugendliche Geisteskranke, Epileptiker und Idioten, Behandlung in gemeinsamer Anstalt mit Erwachsenen 119, 290

Kastration Geisteskranker 18, 195
Kinderaussagen 366
Kinderheim, med.-pädagog. in Zirndorf 110
Klassifikation der Psychosen 367
Klerikale Einflüsse im Irrenwesen (Belgien) 281
Kobrareaktion 94, 103, 151, 159, 167, 168, 174
Kölpin, Nachruf 372
Konfessionelle Anstalten 281
Kongreß, internationaler für Irrenpflege in Wien 1908 116, 308; internationaler medizinischer K. in Budapest 1909 69, 242; internationaler K. für Psychologie in Genf 1909 151; internationaler K. gegen den Alkoholismus in London 1909 116; internationaler K. zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin 1910 48, 266, 388
Kopfschmerz, Diagnose und Therapie 469
Körperverletzungen, gerichtsärztliche Befunde und Gutachten 12
Korrektionshaus und Landarmenhaus 418
Krankenhaus, kein Wohnsitz § 7 BGB. 13
Kretinismus 319
Kriminalistische Tätigkeit des Arztes (Groß) 319
Kriminalität, weibliche, Einfluß der Geschlechtsfunktionen 127
Kriminalpolizei (Niceforo-Lindenau) 235
Kriminalpsychologie 71, 127, 418
Kursus für Schwachsinnigenwesen 59
Laboratorium of the Skotish Asylums 279
Lähmung, § 224 StGB. 4
Lehre, von den letzten Dingen 153
Lehrer, an der Heil- und Pflegeanstalt 169
Long Grove, Londoner Irrenanstalt 162
Longlife-Zimmerluftreiniger 128
Lues u. Idiotie 296; Nachweis durch Farbenreaktion 250; L.-Paralyse-Frage 58, 59, 77

Magnan, Jubiläum 236
Manisch-depressives Irresein 94; Anwendung gefäßerweiternder Mittel 95; Basedowsche Krankheit 95; periodische Indikanurie 182; myxödematöse Hautveränderung 287, 373
Matteawan State Hospital 183
Medinal 60
Melancholiefrage 118, 227; Stoffwechsel 119
Menschheitsproblem, das, und die Herrentiere von Linné 304
Menschenkunde (Buschan) 244
Meschede 60; Nekrolog 221
Meteorische Einflüsse bei Epileptikern 396
Minderjährige, strafrechtliche Beurteilung 37
Minderwertige, geistig, Strafvollzug 102; Fürsorge in Berlin 159
Ministerial-Erlaß, sächs., betr. Anzeige von Entlassungen noch Militärpflichtiger a. d. Ersatzkommission 354
Mißhandlungen, durch geisteskranken Ehegatten, ob Ehescheidungsgrund § 1568 BGB. 25, 26; durch Pflegepersonal 117, 141, 172, 222, 353; angebliche 226, 460
Möbiusstiftung 35
München, psychiatrische Klinik, Selbstmord 330
Mystik, Schopenhauer und die M. 235
Myxödem 287, 319, 373

Natrium laktikum 152
Natrium nitrosum bei manisch-depressivem Irresein 95
Natrium nukleinikum 173, 271
Naunhof 117
Nervenheilstätte, Naunhof 117; Rothschildstiftung in Wien 143; Nervenheilstätte, Sanatorium und Irrenanstalt 229
Nervenleiden, Heilstätten 12; Hochgebirgskuren 437
Nervenschwäche, Ausschluß ehelicher Gemeinschaft § 1353 BGB. 18
Nervosität, psychologische Auffassung 227; N. und Erziehung 373; Ursachen 382
Neurasthenische Entartung 365
Neurogliabefund im Gehirn Geisteskranker 7
Neurosen, nicht-traumatische Renten- N.n, Behandlung und Verhütung 96; N. und Dichtung 460
New York, Bericht über das Irrenwesen 271, 291 (mit Tafel)
Nitroglyzerin bei manisch-depressivem Irresein 95
Nonne, Dr., Ehrung N.s in Amerika 159
Nürnberg, Irrenhilfsverein 259

Öbecke, 50jähriges Doktorjubiläum 145
Ösophaguskrampf, isolierter 233

Pädagogische Therapie bei Nervösen und Geisteskranken 311
Paralyse, progressive, Arsenophenylglyzin 158; arsenige Säure 437; Ehrlich-Hata-Präparat 468; Gehirnoberfläche 304; Luesfrage 58, 59; Natrium laktikum 152; Natrium nukleinikum 173, 271; Wassermannsche Reaktion 297; Stoffwechsel 152; Tuberkulinbehandlung 431, 468
Paranoia, klinische Stellung 176, 182, 236, 321, 460
Pathogenese innerer Krankheiten 365
Pathographie 103
Peeters, Ehrendirektor 261
Pellagröse Psychosen 202
Pellotinum muriatikum 237
Pensionsberechtigung 450



Perhydrol 461
Periodenlehre Swobodas 53, 218
Persönliche Eigenschaften § 1333 BGB. 17
Persönlichkeiten, psychopathische 366
Pflegepersonal, Unterricht 310, 460; weibliches bei männlichen Geisteskranken 309, 447
Pfleger, § 359 StGB. 4
Pflegschaft § 1910 BGB. 32, 33
Pflegeversicherung 257
Philosophie, Einführung in die Ph. (Richter) 227
Phosphortherapie 79
Pneumin 196
Portugal, Irrenpflege 309
Prävalidin 196
Prostitution und Verbrechen 418
Psychiatrie, Abriß der P. und gerichtl. P. (Dost) 12; (Pilcz) 409; (Weygandt) 128; Einführung in die P. (Becker) 227; P. in Literatur und Presse 137, 177, 179, 218, 236, 273, 275, 313, 338, 355, 383; P. und Fürsorgeerziehung 465; P. in Ungarn 202; psychiatr. Kurse für Richter 311; psychiatrisches Nachrichtenbüro 177, 196
Psychische Grenzzustände 36; p. Vorgänge, materielles Substrat 369
Psychoanalyse 218, 393
Psychologie, Abriß der P. (Dost) 12; Grundriß (Liepmann) 312
Psychologie, 4. Kongreß für experiment. P. 353; internationaler in Genf für Psychologie 1909 151
Psychopathische Persönlichkeiten 366
Psychoreaktion, siehe Kobrareaktion
Psychosen, akute, nach Gehirnerschütterung 95; biologische Reaktion im Blute 174; Gefängnispsychosen (Wilmanns) 220; P. bei lebenslänglichem Zuchthaus 175; Glia bei akuten Psychosen 120; Stoffwechsel 119, 152; Stoffwechsel-P. 228; einheitliche Bezeichnung u. Klassifikation 367; P. mit Wahnbildung etc. bei Degenerierten 366

Querulant, Entmündigung 59, 175, 236

Rassenelemente, schlechte, was sie den Staat kosten, Preisaufgabe 408
Rassenhygiene 95
Religionspsychologie, Zeitschrift 35
Reichsversicherungsordnung, Stellungnahme zum Entwurf 402
Röntgenuntersuchung des Kopfes 244
Rothenburg, Anstalt 95
Rothschildstiftung, Anstalt f. Nervenkranke 143
Rufach, neue Anstalt 328
Rußland, Behandlung geisteskranker Arrestanten 195

Sabromin 152, 462
Sachverständige, § 74, 79 StPO. 4; § 84, 85, 244, 273, 399, 499 StPO. 5; § 402 ZPO. 33; bei zweifelhaften Geisteszuständen 185, 310, 319, 345, 402 (Gebühren), 445
Schadenersatzpflicht § 249; § 823, 824, 826; § 827, 831, 832, 843, 847 (für psychische Nachteile) BGB. 15, 16, 17
Schilddrüse 319
[Schla]f und Traum 176
Schlaflosigkeit, klinische Formen 389
Schmerzanfälle bei manisch-depressivem Irresein, gefäßerweiternde Mittel 95
Schönebeck, Fall v. S., 417
Schopenhauer und die Mystik 235
Schwachsinn, ärztliche Feststellung in den ersten Schuljahren 234; Simulation 437
Schwachsinnigenforschung 227; Fürsorge 311
Seelenleben, Rätsel des Seelenlebens 226, 389, 427 (Probleme der Seelenforschung)
Seelische Richtkräfte und Energie 426
Sehstörungen, Beziehung zum Gehen 11
Selbstmord 71, 318, 330
Sexualität der Epileptiker 364
Shakespeares Dramen, Darstellung krankhafter Geisteszustände 356
Simulation von Schwachsinn 437
Sklerose, multiple 149
Sondenernährung 50, 323; Apparat, Methodik 113
Speichersdorf 218
Spirosal 160
Spiritismus und Irrsinn 365
Standesangelegenheiten 29 (Berlin); 137, 138, 152, 326; 217 (Schweiz); 245 (Frankreich); 290, 294; 373 (Prag); 434, 450 Steinhof; 448; Kommission für Wahrung der Standesinteressen 399
Statistik über die forensische Tätigkeit in den preußischen Anstalten 1906—1908 343, 345
Steinhof b. Wien, Schlußbericht über die Errichtung 243
Stirnhöhle (Onodi) 340
Stoffwechsel, bei Melancholie u. zirkulären Psychosen 119; bei Paralyse 152
Stoffwechselpsychosen 228
Strafantrag bei Minderjährigen u. Mündeln § 65 StGB. 3
Strafprozeßordnung, Wünsche und Vorschläge zur Änderung 121
Strafunterbrechung § 493 StPO. 5, 21
Strafvollzug bei geistig Minderwertigen 102
Strychnin, Therapie 81
Synästhesien 366
Syphilis, Ehrlich-Hata-Präparat 468; S. u. Idiotie 296; Paralyse 58, 59; des Zentralnervensystems 77; Wassermannsche Serodiagnostik in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie 159, 244, 297; S.-Nachweis durch Farbenreaktion 250
Syringomyelie 181

Tabes 235
Taubheit bei Meningitis zerebrospin. 11
Telepathie 226, 365
Testament § 2231 BGB. 33
Tiling, Dr., Jubiläum 95
Tolstoi 340
Trachom in Irrenanstalten 201
Traum und Schlaf 176
Tropenkoller, ätiologisch, forensisch 127
Trunkenheit § 51 StGB. 2
Trunksucht, Ehescheidung, § 1568, 1571 BGB. 26
Tuberkulinbehandlung der Paralytiker 431, 468
Tuberkulose 128
Typhus in Großschweidnitz 73
Tyrnau, österreich. Militärirrenanstalt 312



Unfall, versicherungsrechtlich 42; Haftpflicht 42
Unfall- und Invalidenversicherung in der Irrenfürsorge 310
Ungarische Psychiater, Porträtbeilage zu Nr. 23
Ungarn, Fortschritte der Irrenpflege 197, 202, 310
Unmündige, Beleidigungen solchen gegenüber, § 185 StGB. 4
Untersuchungsgefangene, katamnestische Erhebungen 345
Unzurechnungsfähigkeit, Mittäterschaft, Beihilfe § 47, § 51 StGB. 1; § 346 Militär-StGO. 6
Unzucht, widernatürlich § 175 StGB. 4
Urotropin in der Psychiatrie 244

Valisan 272
Verbrechen und Geisteskrankheit 235, 311
Verbrecher, geisteskranke, Pavillon für solche in Steinhof bei Wien 311
Verein, deutscher V. für Psychiatrie 27, 35, 48, 58, 77, 118, 121, 126, 149; nordostdeutscher V. für Psychiatrie und Neurologie 181; V. württembergischer Ärzte für Nerven- u. Geisteskranke 459; schweizerischer Irrenärzte 217; internationaler V. für medizin. Psychologie und Psychotherapie 355
Vereinigung, pommersche, für Neurologie u. Psychiatrie vom 8. Jan. 1910 396
Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Sektion Psychiatrie, 1910 436
Verfolgungswahn 321
Veronalnatrium 214, 228
Verschwendung § 6 BGB. 6
Viktoria, Abnahme der Geisteskranken 339
Vormundschaft, vorläufige § 1906 BGB. 32

Wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten 366
Wahnvorstellungen, Fanatismus und Aberglaube 397
Waldau, Vermächtnis Loery's 355
Wassermannsche Reaktion 296, 297, 452, 469
Weber, Geh.-Rat, 50jähriges Jubiläum als Psychiater 391, 417
Willenserklärung § 104, 105, 119 BGB. 13, 14
Willensfreiheit (Günther) 365

Zählkarten 310
Zentrale für Reform des Irrenwesens 355
Zentralnervensystem, syphilogene Erkrankungen 77
Zeuge, fahrlässiges Verschulden bei Gedächtnisschwäche § 163 StGB. 3; Trunkenheit § 243 StPO. 5
Zeugnisverweigerungsrecht § 53 StPO. 4
Zurechnungsfähigkeit 310

Berichtigung.

Auf Seite 176, Jahrgang XI, linke Spalte, muß vor dem Referat: „Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia" als Autor eingetragen werden: Prof. Dr. Specht.

Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Adler 369
Alt, F., 11
— K., 78, 103, 119, 158, 262, 468
Anfosso 310
Aschaffenburg 310

Bauer 311
Baumann 233
Becker 227, 437
Behr (Stackeln) 357
Bennecke 340
Berger 118, 311 (Wien)
Berliner 95
Beyer 61, 218, 275, 338, 347
— E., 96, 229
— W., 159
Berze 245
Bierotte 168
Bing 373
Birnbaum 265, 366
Bischoff 29
Bolte 146
Braß 12
Bresler 19, 79, 142, 153, 223, 257, 344, 367, 437, 452
Brosch 318
Brückner 296
Buchholz 309
Buder 460
Burwinkel 235
Buschan 244

Capgras 236
Chotzen 237
Chyle 71
Chyzor 197
Citron 244
Clemenz 296
Cohn 227
Cramer 79, 382, 399, 405

Dannemann 460
Deventer, van, 309, 447
Dobrschansky 417
Donath 271
Dorner 333
Dost 12
Drastich 311
Dubief 310
Dungern, v., 452

Edel 78, 244
Ehrenwall, v., 402, 415
Eichelberg 78
Eisath 419
Eisner 168
Ellis, H., 312
Elmiger 7
Epstein 202
Ewald 228, 319

Falkenberg 21, 222, 227, 301, 304
Fischer (Wiesloch) 310
— J., 185
— K., 214
— O., 50, 173
— 158
Flamm 244
Flammarion 226
Fränkel 168
Freese 59
Freimark 340
Freud 393
Friedländer (Hohe Mark) 78, 196, 393
Fuchs 310, 408

Geißler 174
Gerlach 437
Goldstein 126
Göring 214
Gottschalk 95
Gowers 373
Granichstädten 12
Grasset 310
Groß, H., 319
— (Rufach) 329
Günther 356

Häckel 304
Halbey 305, 396
Haymann 366
Heller 227, 311
Hermann 266
Herting 311



Herz 426
Heß 311
Heymann 152
Hirsch 244
Hirschl 167
Hockauf 162, 253, 291
Holländer 95
Holtzmann 94
Hoppe 158
Horstmann 397
Hrdlicka 365
Hübner 77, 151
Hyslop 427

Ilberg 169, 370

Kathe 168
Kauffmann 152
Kellner 296
Kirchhoff 234
Kluge 465
Knieper 42
Kögler 310
Konrád 310
Krahmer 109
Kräpelin 78, 460
Krell 73
Kreuser 263, 309
Kronfeld 168
Kulke 236
Kunowski, v., 313

Lähr 356
Lange 103, 319
Laquer 234
Laures 366
Lechner 389
Lehmann 32
Levy-Dorn 244
Lieven 95
Lindenau 235
Linke 445
Lipmann 312
Lomer 156, 177, 273, 280, 281, 383
Löwenfeld 219
Löwy 319
Lubomirska 309
Lückerath 117

Mäder 218, 364
Marie, A., 297, 311, 366
— M., 309
Martius 365
Masini 310
Matthies 309
Mercklin 182, 396
Meunier 365
Meyer 181
Michell 309
Mojsisovics 312
Mongeri 310
Mönkemöller 264, 418
Montet, de, 218
Mörchen 113
Motte, de la, 250
Much 94
Müller (Dösen) 411
— E. Z., 105
— 371

Näcke 184, 222, 227, 304, 326
Neißer, Cl., 8
Niceforo 235
Nolda 437

Obermayer-Wallner 309
Oláh, v., 455
Onodi 340

Pándy 288
Pearson, K., 95
Peeters 310
Pelman 36, 146, 463
Peretti 263
Pick 460
Pilcz 409, 431, 468
Plaut 58, 159, 168
Pötzl 167

Rasch 323
Rautenberg 296
Rehm 179
Rehmke 389
Rhodes 311
Ribot 366
Richter 227
Risch 37
Rixen 93, 97
Römer 159
Roth 437
Rüdin 175

Sauer 287
Schiner 311
Schleyer 110
Schlöß 385
Schmidt, P., 53
Schmidt, E. L., 235
Schnitzer 396
Schober 460
Schott 345, 460
Schröder (Altscherbitz) 415
— 95
Schultz 168
Schulze 460
Schütte 127
Schwarz, G. Ch., 12
Seige 119
Selter 78, 151
Senkpiel 244
Sérieux 236
Siemens 405, 414
Siemerling 235
Sioli 311
— F., 78, 120
Smith 143
Sommer, R., 71
Specht 176, 227
Starlinger 129
Stekel 460
Stelzer 49
Stern 339
Stransky 310
Strümpell 373

Tamburini 310
Taubert 182
Tilmanns 127
Tomaschny 181, 287
Tranjen 59

Uhthoff 11
Urstein 373

Vaschide 365
Verworn 227
Viollet 365
Vocke 405
Vogt 311
Vos 310
Voß 1
Vries, de 227

Wachsmuth 188, 399, 414
Wallenberg 181
Weber 172
Weichelt 375
Weinberg 127
Westphal 149
Weygandt 128, 137, 339
Wickel 265
Willmans 220
Windscheid 469
Wittneben 159

Zbinden 227
Zuzack 312

Heynemann'sche Buchdr., Gebr. Wolff, Halle (S.)



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 1. | 27. März. | 1909.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Originalartikel: Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VIII. Von Privatdozent Dr. G. Voß. (S. 1.) — Neurogliabefunde in Gehirnen von Geisteskranken. Von Dr. Elmiger, II. Arzt in St. Urban, Kt. Luzern. (S. 7.) — Zur Dementia praecox-Frage. Von Dir. Dr. Cl. Neißer, Bunzlau. (S. 8.) — Mitteilungen: (S. 10) Besoldungsverhältnisse der Direktoren und Aerzte an den Rheinischen Prov.-Heil- und Pflegeanstalten. Der Kampf gegen den Alkohol. Ueber Alkohol und Verbrechen. Trinker unter den rückfälligen Verbrechern in preußischen Zuchthäusern. Referate. (S. 11.) — Personalnachrichten. (S. 12.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VIII.*)

Aus der Literatur des Jahres 1908 zusammengestellt.

Von Privatdozent Dr. *G. Voss*.

I. Strafgesetzbuch.

§ 47.

Mittäterschaft mit einem Unzurechnungsfähigen ist allerdings ausgeschlossen, möglich aber die Annahme einer mittelbaren Täterschaft des Zurechnungsfähigen, auch wenn ihm der Geisteszustand des andern nicht bekannt gewesen ist. Wesentlich ist nur, ob der Angeklagte mit dem Willen handelte, durch das Tun des andern zugleich seine eigene Tat zu vollenden, und diesen Willen kann er auch gehabt haben, wenn er den andern für zurechnungsfähig hielt. Die Verantwortlichkeit für eine Tat, die er von vornherein als seine eigene wollte und die in seiner Anwesenheit sowie mit seinem Willen zur Ausführung gebracht wurde, kann der Angeklagte unmöglich bloß aus dem Grunde ablehnen, weil ihm die Zurechnungsfähigkeit der zur Ausführung benutzten Person nicht bekannt gewesen sei. Wenn der Angeklagte den Vorsatz des Mittäters hatte, so reicht dieser auch zur Annahme der Alleintäterschaft aus. (R. G. III, Urteil vom 5. Nov. 1908.) D. R.**) Sp. 719. Entsch. Nr. 3914.

§ 47.

Die persönliche Straflosigkeit eines jugendlichen Täters, weil er die zur Erkenntnis der Strafbarkeit seiner Handlung erforderliche Einsicht nicht besessen hatte, berührt die strafgesetzliche Verantwortlichkeit der Teilnehmer, namentlich auch des Anstifters, an der bestehenden strafbaren Handlung nicht. R. G. St. Bd. 25, S. 397 steht nicht entgegen. (R. G. III, Urteil vom 16. März 1908.)

D. R. Sp. 289. Entsch. Nr. 1715.

§ 47.

Eine strafbare Beihilfe zu der strafrechtlich nicht vorhandenen Tat eines nach § 51 St. G. B. Unzurechnungsfähigen ist nicht denkbar, weil das Tun des letzteren für das Strafrecht auf derselben Linie steht wie das Tun irgendeines anderen vernunftlosen Geschöpfs, eine rechtlich strafbare Beihilfe aber nur zu einer rechtlich ebenfalls erheblichen Handlung möglich ist, daß sie dagegen, wo eine solche fehlt, wegen ihrer unselbständigen, akzessorischen Natur als Beihilfe auch dann nicht geahndet werden kann, wenn dem das Tun des Geisteskranken Unterstützenden dessen Zustand bekannt war (R. G. St. 11, 56; 21, 14). Wohl aber kann der letztere den Geisteskranken als Werkzeug zur Ausführung der eigenen Tat benutzen, wenn er den Zustand des Geisteskranken kennt. Ist ihm dagegen dieser Zustand nicht bekannt, so ist es möglich, daß auch von Urheberschaft bei ihm nicht gesprochen werden darf, weil er weder die Haupttat selbst ausführt noch mit dem Vorsatze handelt, sie als seine Tat zu begehen, sondern nur die Tat eines andern fördern will. Die gleichen Grundsätze sind auch anzuwenden, wenn Anstiftung zu der „Tat" eines Unzurechnungsfähigen oder Mittäterschaft in Frage steht. Eine in Mittäterschaft mit einem Geisteskranken begangene strafbare Handlung gibt es nicht. (R. G. V, 7. Dez. 1906.) Jahrb.*) pag. 13.

§§ 47, 49.

§ 55 St. G. B. verneint lediglich die Zulässigkeit strafrechtlicher Verfolgung einer Person unter zwölf Jahren, stellt aber keineswegs den Grundsatz auf, daß in solchen Fällen keine strafbare Handlung vorhanden

*) Vergl. diese Wochenschrift Jahrg. IV, Nr. 1—2; V, Nr. 1—4; VI. Nr. 1—6; VII, Nr. 1—8; VIII, Nr. 1—7, IX, Nr. 1—4, 6—9, 11—12; X, Nr. 1—10.

**) Das Recht, 1908.

*) Jahrbuch des Straftrechts und Strafprozesses, II, 1908. Hannover, Helwig.



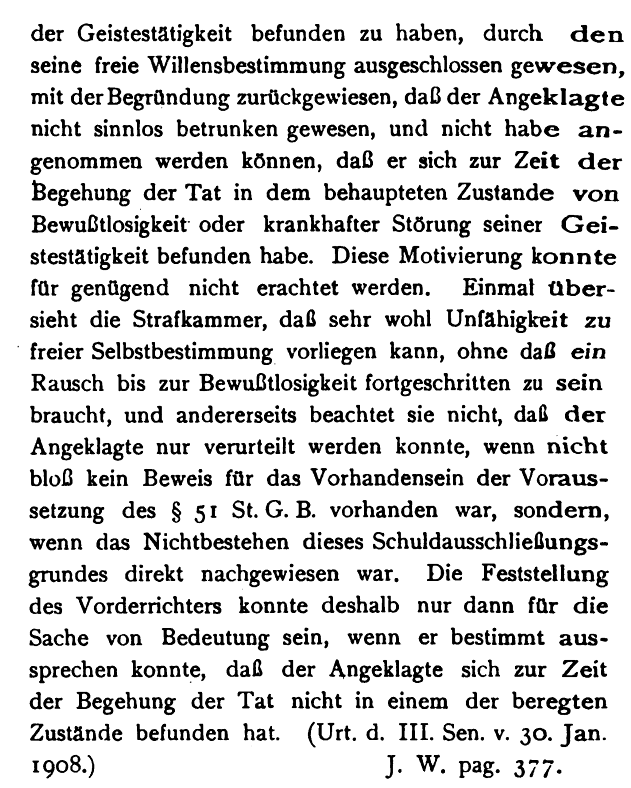
sei. Daher ist eine strafbare Teilnahme an der Straftat strafunmündiger Personen, sei es in der Form der Beihilfe oder der Mittäterschaft, begrifflich möglich. R. G. St. Bd. 17, S. 413 steht damit nicht in Widerspruch. (R. G. III, Urteil vom 13. April 1908.)
D. R. Sp. 319. Entsch. Nr. 1918.

§ 51.

Bei der Erörterung des Strafausschließungsgrundes aus § 51 St. G. B. ist die Beweislast nicht verkannt. Daß der Angeklagte sich zur Zeit der Begehung der Tat in einem Zustand krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit befunden habe, hält die Strafkammer für ausgeschlossen und prüft im Anschluß hieran die Frage, ob seine freie Willensbestimmung damals durch Trunkenheit aufgehoben war. Das Urteil erwähnt, daß der vernommene Sachverständige sehr zur Bejahung dieser Frage neige, daß es jedoch dieser Meinung nicht beizutreten vermöge. Hierauf folgen Erwägungen, die sich gegen die tatsächlichen Grundlagen der Annahme des Sachverständigen richten und in dem Satze gipfeln: „nach alledem nimmt das Gericht nicht an, daß er (der Angeklagte) sich zur Zeit der Tat in einem Zustand sinnloser Betrunkenheit befunden hat.“ Dieser Satz kann nach seinem Zusammenhange mit den vorangehenden Ausführungen nur so verstanden werden, daß das Gericht das Gegenteil für erwiesen erachte, daß es also auch das Bestehen eines durch Trunkenheit verursachten Zustandes der Sinnlosigkeit für widerlegt halte. Mit dieser Auffassung ist es durchaus vereinbar, wenn an einer früheren Stelle das Urteil entgegen der abweichenden Annahme des Sachverständigen die Erinnerung des Angeklagten an die Vorgänge bei Begehung der Tat nicht für gänzlich aufgehoben, sondern nur für getrübt ansieht und hieran die Bemerkung anschließt, daß diese Einschränkung des Erinnerungsvermögens den Schluß einer sinnlosen Betrunkenheit zur Zeit der Tat nicht rechtfertige. Unter sinnloser Betrunkenheit versteht das Urteil ersichtlich eine Trunkenheit, die den im § 51 St. G. B. erforderten Grad einer die freie Willensbestimmung ausschließenden Bewußtlosigkeit erreicht hat. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind daher ohne Rechtsirrtum verneint. (Urteil d. III. Sen. vom 20. Januar 1908.) J. W.*) pag. 377.

§ 51.

Dem Rechtsmittel war Erfolg nicht zu versagen. Der Vorderrichter hat die Schutzbehauptungen des Beschwerdeführers, betrunken gewesen zu sein und sich zur Zeit der Begehung der Tat in einem Zustand von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung


der Geistestätigkeit befunden zu haben, durch den seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen gewesen, mit der Begründung zurückgewiesen, daß der Angeklagte nicht sinnlos betrunken gewesen, und nicht habe angenommen werden können, daß er sich zur Zeit der Begehung der Tat in dem behaupteten Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit befunden habe. Diese Motivierung konnte für genügend nicht erachtet werden. Einmal übersieht die Strafkammer, daß sehr wohl Unfähigkeit zu freier Selbstbestimmung vorliegen kann, ohne daß ein Rausch bis zur Bewußtlosigkeit fortgeschritten zu sein braucht, und andererseits beachtet sie nicht, daß der Angeklagte nur verurteilt werden konnte, wenn nicht bloß kein Beweis für das Vorhandensein der Voraussetzung des § 51 St. G. B. vorhanden war, sondern, wenn das Nichtbestehen dieses Schuldausschließungsgrundes direkt nachgewiesen war. Die Feststellung des Vorderrichters konnte deshalb nur dann für die Sache von Bedeutung sein, wenn er bestimmt aussprechen konnte, daß der Angeklagte sich zur Zeit der Begehung der Tat nicht in einem der beregten Zustände befunden hat. (Urt. d. III. Sen. v. 30. Jan. 1908.) J. W. pag. 377.

§ 51.

Einen Schuldausschließungsgrund, nicht einen Strafausschließungsgrund bildet § 51 St. G. B. (R. M. G. II, 19. Sept. 1906.) Jahrb. pag. 16.

§ 56.

Die Ausführung des Gerichts, der Täter habe im Laufe der Zeit, in welcher die von ihm begangene fortgesetzte strafbare Handlung begangen wurde, das 18. Lebensjahr vollendet, § 57 St. G. B. komme diesbezüglich nicht in Anwendung, enthob es nicht der Prüfung und Entscheidung der Frage, ob der Beschwerdeführer in Ansehung derjenigen Einzelakte, welche vor die Vollendung des 18. Lebensjahres fallen, die zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen hat. Denn verneinendenfalls konnten sie ihm nicht zur Last gelegt werden. (R. G. V, Urteil vom 7. April 1908.)
D. R. Sp. 319. Entsch. Nr. 1920.

§ 56.

Unter der zur Erkenntnis der Strafbarkeit der betr. Handlung erforderlichen Einsicht ist die zu solcher Erkenntnis nötige geistige Fähigkeit zu verstehen. Daß der jugendliche Täter im Einzelfalle die Strafbarkeit seiner Handlung erkannt habe, d. h. sich ihrer im Augenblicke der Tat wirklich bewußt ge-

*) Juristische Wochenschrift, 1908.



wesen sei, bedarf nicht des Nachweises und der Feststellung, und es enthält keinen Widerspruch, wenn einerseits das Vorhandensein jener Einsicht und andererseits festgestellt wird, daß der Angeklagte das Bewußtsein der Strafbarkeit seiner Handlung bei deren Begehung nicht gehabt habe. (R. G. V, Urteil vom 18. Sept. 1908.)

D. R. Sp. 579. Entsch. 3189.

§ 56.

§ 56 St. G. B. fordert nicht mehr, als daß der Angeklagte nach dem Maße seiner Einsicht imstande gewesen ist, die Strafbarkeit gerade der von ihm begangenen Tat zu erkennen, legt aber kein Gewicht darauf, ob er tatsächlich bei Begehung der Tat die Strafbarkeit erkannt, noch weniger. ob er das Strafgesetz selbst gekannt hat. (R. G. III, 27. Mai 1907.)

Jahrb. pag. 19.

§ 57.

Bei Bestrafung einer teils vor, teils nach Vollendung des 18. Lebensjahres begangenen fortgesetzten Handlung ist der § 57 St. G. B. unanwendbar. Wer schon durch Einzelhandlungen, die in das voll strafmündige Alter fallen, die ordentliche Strafe verwirkt hat, ist nicht milde zu beurteilen, weil seine fortgesetzte Straftat einen größeren, in das frühere Lebensalter sich erstreckenden Umfang gehabt hat. (R. G. II, Urteil vom 30. Okt. 1908.)

D. R. Sp. 682. Entsch. 3719.

§ 65.

Der gesetzliche Vertreter eines noch nicht achtzehn Jahre alten Minderjährigen hat nur das Recht, als gesetzlicher Vertreter seines Sohnes, nicht aber im eigenen Namen Strafantrag zu stellen (R. G. St. 22, 256; 24, 427). Es muß dies bei der Stellung des Antrags bestimmt und unzweifelhaft zum Ausdruck gebracht werden. (Bay. O. L. G. 8. Okt. 1903.)

Jahrb. pag. 26.

§ 65.

Der an Stelle des Vormundes, der sich weigert, Strafantrag für sein Mündel zu stellen, zur Stellung des Strafantrags ad hoc bestellte Pfleger ist zur Stellung des Strafantrags legitimiert, wenn auch die Befugnisse des Vormunds durch diese Bestellung im übrigen in keiner Weise berührt werden. (R. G. 7. Februar 1907.) Jahrb. pag. 26.

§§ 120, 347.

Ein nach § 3 Nr. 1 der Badischen Landes-Verordnung vom 3. Oktober 1895 als „Seelengestörter, der für sich oder andere gefährlich ist", vom Bezirksamte in eine öffentliche Irrenanstalt verbrachter Geisteskranker ist ein Gefangener im Sinne der §§ 120, 347 St. G. B. (R. G. I, Urteil v. 5. Okt. 1908.)

D. R. Sp. 607. Entsch. Nr. 3356.

§ 159.

Für den Tatbestand des § 159 St. G. B. kommt es darauf an, ob das Gutachten, dessen Erstattung der Angeklagte dem Sachverständigen zugemutet hat, von dessen Standpunkte aus wissenschaftlich falsch gewesen sein würde, und ob dem Angeklagten dies bewußt gewesen ist. Einer Feststellung, daß das nach dem Verlangen des Angeklagten abzugebende Gutachten auch objektiv falsch gewesen sein würde, bedarf es nicht. (R. G. IV, Urteil vom 3. Jan. 1908.)

D. R. Sp. 114. Entsch. Nr. 666.

§ 163.

Ohne Rechtsirrtum kann ein fahrlässiges Verschulden eines Zeugen darin gefunden werden, daß er seine ihm bekannte Gedächtnisschwäche nicht entsprechend berücksichtigt hat, indem er bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung der Zuverlässigkeit seines Wissens zur Überzeugung gekommen wäre, daß sein mangelhaftes Gedächtnis als einzige Grundlage seines Wissens ihm nicht gestatte, die von ihm bekundeten Tatsachen mit der Bestimmtheit zu behaupten, wie er es getan hat. (R. G. I, Urteil vom 2. Januar 1908.)

D. R. Sp. 114. Entsch. Nr. 667.

§ 163.

Im allgemeinen ist erfahrungsgemäß das Gedächtnis durch bloße Anstrengung des Willens und der Aufmerksamkeit nicht stets dahin zu bringen, richtig zu funktionieren. Dies wird in noch höherem Grade gelten müssen, wenn es sich wie hier um das nach der eigenen Feststellung des L. G. schlechte Gedächtnis eines körperlich und geistig minderwertigen, 65 Jahre alten Menschen handelt; man wird deshalb namentlich in einem solchen Falle nicht sagen dürfen, daß der Angeklagte, wenn er „alles aufgeboten hätte, um sich die Ereignisse der fraglichen Nacht möglichst getreu ins Gedächtnis zurückzurufen", sich den Vorgang gewiß und genau wieder so, wie er sich in Wahrheit abgespielt hatte, vergegenwärtigt haben würde. Eine andere Beurteilung würde nur Platz greifen, wenn dem Angeklagten irgendwelche tatsächliche Anhaltspunkte oder auch äußere Hilfsmittel zu Gebote gestanden hätten, die, wenn er sie benutzt hätte, sein Gedächtnis aufgefrischt und die Erinnerung an den richtigen Sachverhalt wieder wachgerufen



haben würden. (R. G., Urteil d. V. Sen. v. 13. Dez. 1907.) J. W. pag. 158.

§ 175.

Für den Begriff der widernatürlichen Unzucht im Sinne des § 175 St. G. B. wird nichts weiter erfordert, als daß eine dem natürlichen Beischlaf ähnliche Vereinigung des Geschlechtsteils der einen männlichen Person mit dem Leibe der andern erfolgt ist. Daß auch beischlafsähnliche Bewegungen vorgenommen sind, bedarf nicht des Nachweises. (R. G. V, Urteil vom 28. April 1908.) D. R. Sp. 385.

§ 185.

Eine strafbare Beleidigung ist gegenüber einem unmündigen, einjährigen Kinde rechtlich möglich. Denn § 185 setzt nicht voraus, daß der Beleidigte sich der ihm widerfahrenen Ehrenkränkung bewußt geworden, ja daß er überhaupt das Bewußtsein seiner Ehre, geschweige denn das Verständnis für den ehrenkränkenden Charakter der Kundgebung besitzt. Doch setzt die Annahme einer Beleidigung eines unmündigen kleinen Kindes das Vorhandensein besonderer Momente regelmäßig voraus; denn häufig ist ein Erwachsenen gegenüber beleidigendes Verhalten Kindern gegenüber nicht als Mißachtung anzusehen. Es muß deshalb das Bewußtsein des Täters von dem ehrenkränkenden Charakter der Kundgebung festgestellt werden. (Stuttgart, 29. Dez. 1906.) Jahrb. pag. 70.

§ 224.

Der Begriff des Verfallens in Lähmung erfordert die Unfähigkeit, einen bestimmten Bewegungsapparat des Körpers zu denjenigen Bewegungen zu gebrauchen, für welchen er von der Natur eingerichtet ist. Diese Unfähigkeit braucht aber keine totale zu sein, es muß nur eine wesentliche, erhebliche Beeinflussung der Bewegungsfähigkeit vorliegen. Die Krankheitserscheinung muß ferner eine dauernde sein, es ist aber nicht erforderlich, daß die Krankheit unheilbar und die Möglichkeit der Besserung ausgeschlossen ist. Es genügt ein langandauernder Krankheitszustand, dessen Beseitigung sich entweder überhaupt oder doch der Zeit nach nicht bestimmen läßt. (R. M. G. 1, 21. Dez. 1906.) Jahrb. pag. 93.

§ 359.

Ein Krankenwärter, dessen ihm zugewiesene Dienstleistungen sich auf die An- und Abmeldung und Pflege der Kranken und die Reinigung und Heizung der Räume beschränken, ist kein Beamter im Sinne des § 359 (und des § 174 Nr. 3) St. G. B., da er hiernach nicht berufen ist, als Organ der Staatsgewalt unter öffentlicher Autorität für Staatszwecke tätig zu sein. (R. G. IV, Urteil vom 28. Januar 1908.) D. R. Sp. 152. Entsch. Nr. 910.

II. Strafprozessordnung.

§ 53.

Die Befugnis eines Beamten, auf Grund des § 53 St. P. O. das Zeugnis zu verweigern, ist lediglich ein Recht dieses Beamten. Wenn z. B. der Untersuchungsrichter aussagen will und sich nicht auf § 53 beruft, so besteht für das Gericht keine Veranlassung, sich mit der Frage zu beschäftigen. (R. G. IV, 19. März 1907. Recht 11, 588.) Jahrb. pag. 218.

§ 74.

Das Gesetz bestimmt nicht, daß ein Sachverständiger, gegen welchen Gründe vorliegen, die nach § 22 St. P. O. einen Richter von der Ausübung des Richteramts kraft Gesetzes ausschließen würden, vom Gericht nicht ernannt werden dürfe. Vielmehr bedarf es stets der Ablehnung durch einen Prozeßbeteiligten. (R. G. V, 18. Juni 1907. Recht 11, 996.) Jahrb. pag. 222.

§ 79.

Es verstößt gegen das Gesetz, wenn ein Sachverständiger zunächst ohne vorgängige Beeidigung während der Verhandlung Angaben zur Sache macht, mögen diese auch zum Gutachten gehören, und erst dann, wenn ein Schlußgutachten nach Beendigung der Beweisaufnahme erfordert wird, den Eid für dieses in der Form eines Versprechens leistet. Auch eine Erklärung des Sachverständigen, er nehme die früheren Angaben „auf" den neu zu leistenden Voreid, ist ungeeignet, die früheren Angaben unter Eid zu stellen. Nur wenn er nach der Eidesleistung die früheren Angaben wiederholt, können sie als durch den Voreid bekräftigt erachtet werden. (R. G. I, 20. Juni 1907. Recht 11, 996.) Jahrb. pag. 223.

§ 81.

Eine Irrenabteilung in einer Strafanstalt ist, insofern sie als ein Teil dieser Strafanstalt vorwiegend den Zwecken des Strafvollzugs dient, nicht aber dazu bestimmt ist, geisteskranke Personen zu ihrer Beobachtung, Pflege, Heilung oder dauernden Verwahrung aufzunehmen und eine ausschließliche Heil- und Krankenanstalt für geisteskranke Personen zu sein, keine Irrenanstalt, also auch keine öffentliche Irrenanstalt. (K. G. 15. Juni 1905.) Jahrb. pag. 223.

§ 81.

Gegen einen vor der Urteilsfällung erlassenen Be-



schluß, durch welchen zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand eines Angeschuldigten dessen Unterbringung in eine öffentliche Irrenanstalt angeordnet wird, ist Beschwerde nicht zulässig. (Oldenburg. 23. Februar 1906. Old. Z. 33, 117; ebenso Darmstadt. 18. Juli 1907.)

Jahrb. pag. 260.

§ 81.

Das durch § 81 Abs. 3 St. P. O. zugelassene Rechtsmittel ist für die Zeit nach Eröffnung des Hauptverfahrens nicht mehr anwendbar. Denn die Anordnung der Unterbringung in einer Irrenanstalt gehört nicht zu den in § 347 Satz 2 St. P. O. gedachten Entscheidungen des erkennenden Gerichts, gegen welche Beschwerde zulässig ist. (Marienwerder. 9. Nov. 1906.) Jahrb. pag. 260.

§ 84.

Wer als Sachverständiger geladen, aber als solcher nicht tätig geworden, sondern lediglich als Zeuge vernommen worden ist, hat nur Anspruch auf Zeugengebühren. (Colmar. 29. Aug. 1905.)

Jahrb. pag. 224.

§ 85.

Für die Frage, ob die Zeugen- oder Sachverständigengebühr beansprucht werden kann, ist nicht die Ladung, sondern der Inhalt der Vernehmung entscheidend. Die Frage an einen Arzt, ob eine Wunde eines Patienten Folge einer Stich- oder Schußverletzung gewesen ist, geht auf Erstattung eines Gutachtens. Ob er die an ihn gestellte Frage beantworten kann, ist gleichgültig. (Bay. O. L. G. 21. 7. 06.)

Jahrb. pag. 224.

§ 243.

Die Angetrunkenheit eines Zeugen kann nur dann die Ablehnung seiner Vernehmung begründen, wenn sich ergibt, daß dadurch das Wahrnehmungs- und Erinnerungsvermögen desselben aufgehoben oder erheblich beeinträchtigt wurde. (R. G. I, 27. März 1907.) Jahrb. pag. 234.

§ 244.

Wenn auch ein Sachverständiger geladen und erschienen ist, so bleibt doch die Zulässigkeit seiner Vernehmung als Sachverständiger davon abhängig, daß er nicht mit Erfolg abgelehnt wird. (R. G. I, Urteil vom 21. September 1908.)

D. R. Sp. 579. Entsch. Nr. 3197.

§ 273.

Der Sachverständigeneid deckt auch solche Bekundungen des Sachverständigen, die sich auf den von ihm als sachverständigen Zeugen wahrgenommenen, dem Gutachten zugrunde liegenden Befund beziehen. Daß der Sachverständige in der Hauptverhandlung über andersartige Tatsachen Zeugnis abgelegt habe, dafür spricht nichts, insbesondere nicht die protokollarische Bezeichnung seiner Bekundungen als „Aussage". Vielmehr ist das Protokoll beweisend dafür, daß der Sachverständige lediglich ein Gutachten im gesetzlichen Sinne, nicht ein davon unabhängiges Zeugnis abgegeben hat. Der Verteidiger hat das allerdings in der Hauptverhandlung bestritten und die Protokollierungen des Wortlauts der Bekundungen verlangt. Das Gericht war aber nicht verpflichtet, einem solchen Verlangen zu entsprechen, weder nach der Bestimmung des § 273 Abs. 3 St. P. O. noch zufolge irgendeiner sonstigen gesetzlichen Vorschrift. Es durfte den Antrag ablehnen und seinerseits entscheiden, ob ein Gutachten oder ein darüber hinausgehendes selbständiges Zeugnis vorliege. (Vergl. R. G. St. 5, 353. Urt. d. II. Sen. v. 14. Febr. 1908.)

J. W. pag. 386.

§ 337.

Dadurch, daß die Hauptverhandlung gegen einen Angeklagten ohne Hinzuziehung des Mitangeklagten, gegen den das Verfahren gemäß § 203 St. P. O. vorläufig eingestellt ist, stattgefunden hat, ist der Angeklagte in seiner Verteidigung nicht unzulässig beschränkt. Die Entscheidung darüber, ob ungeachtet der Eröffnung des Hauptverfahrens gegen den Mitangeklagten zur Hauptverhandlung geschritten werden könne, steht im Ermessen des Gerichts. (R. G. IV, Urteil vom 10. Januar 1908.)

D. R. Sp. 116. Entsch. Nr. 679.

§ 399.

Die Benennung neuer Sachverständiger für nicht neue Tatsachen entspricht nicht den Erfordernissen des § 399 Nr. 5 St. P. O. (Cassel. 30. Juni 1906.)

Jahrb. pag. 272.

§ 493.

Die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt ist dann auf die Strafzeit nicht anzurechnen, wenn die Strafvollstreckungsbehörde die Strafvollstreckung vorbehaltlos unterbrochen, den Verurteilten tatsächlich aus der Haft entlassen hat. Dabei entscheidet aber nicht, ob die Entlassung in den Akten nur angeordnet, sondern ob sie wirklich erfolgt und ausgeführt ist. (Marienwerder. 12. Juli 1904.)

Jahrb. pag. 278.

§ 499.

Für die Bemessung des dem freigesprochenen



Angeschuldigten als notwendige Auslage aus der Staatskasse zu erstattenden Betrags können nicht sowohl Vereinbarungen des Angeschuldigten mit dem Sachverständigen, sondern nur die Bestimmungen der Gebühren-Ordnung maßgebend sein. (O.L.G. Dresden. 20. Sept. 1906.) Jahrb. pag. 280.

III. Militärstrafgerichtsordnung.

§ 217.

Eine Anordnung im Sinne des § 217 M. St. G. O. ist im Wiederaufnahmeverfahren unzulässig, selbst wenn der Verurteilte der Anordnung zustimmt. Will daher der Antragsteller im Wiederaufnahmeverfahren den Beweis erbringen, daß der Angeklagte bei Begehung der Tat unzurechnungsfähig war, so ist es seine Sache, eine etwa nach Ansicht der Sachverständigen erforderliche Beobachtung des Angeklagten auf den Geisteszustand in einer öffentlichen Irrenanstalt zu ermöglichen. (R.M.G. II, 24. März 1906.)
Jahrb. pag. 298.

§ 346.

In der Erklärung des Antragstellers, er glaube, daß er die Tat in einem seine freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen habe, ist eine ausreichend bestimmte Behauptung seiner Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Tat zu finden. (R. M. G. II, 9. Mai 1906.) Jahrb. pag. 316.

§ 346.

Die bloß theoretische, lediglich auf die allgemeinen Grundsätze der psychiatrischen Wissenschaft gestützte Möglichkeit, daß Angeklagter die ihm zur Last gelegten strafbaren Handlungen in einem dem § 51 St. G. B. entsprechenden Zustande begangen habe, kann nicht zur Zulassung des Wiederaufnahmeantrags führen. (R.M.G. II, 24. Nov. 1906.)
Jahrb. pag. 306.

§ 436.

Ein Wiederaufnahmeantrag kann nicht damit begründet werden, daß unter Beweis gestellt wird, der Verurteilte habe schon zur Zeit der Begehung der Tat an einer Krankheit gelitten, die ihn bei starken Reizen unzurechnungsfähig im Sinne von § 51 mache. Es muß vielmehr Beweis dafür angetreten werden, daß gerade zur Zeit der Begehung der Tat der Verurteilte infolge jener Krankheitsfolgen tatsächlich unzurechnungsfähig war. (R. M. G. I, 28. Mai 1906.)
Jahrb. pag. 315.

§ 436.

Die bloße Behauptung eines Wiederaufnahmeantrags, der Angeklagte habe sich zur Zeit der Begehung der Tat in einem dem § 51 St. G. B. entsprechenden Zustande befunden, kann gegenüber der Tatsache, daß das rechtskräftige Urteil, wie die Verurteilung des Angeklagten beweist, die Zurechnungsfähigkeit desselben bejaht hat, für sich allein die Zulässigkeit des Wiederaufnahmeantrags nicht begründen und das Gericht nicht in die Notwendigkeit versetzen, in Ermangelung irgendwelches anderen Beweismaterials in jedem Falle nunmehr eine Beweisaufnahme, etwa in Form eines ärztlichen Gutachtens, eintreten zu lassen. Es ist vielmehr die Pflicht des Angeklagten, seinen Antrag, sei es durch eine ärztliche Bescheinigung, Behauptung von Tatsachen und Benennung von Zeugen oder durch andere geeignete Beweismittel, zu substantiieren. Zur Zulassung eines so ausreichend substantiierten Antrags bedarf es nicht noch der Benennung von Sachverständigen zum Zwecke des Beweises. (R.M.G. II, 3. Febr. 1906.)
Jahrb. pag. 315.

IV. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 6, Z. 1.

Das als vorhanden festzustellende Unvermögen des zu Entmündigenden, seine Angelegenheiten in ihrer Gesamtheit zu besorgen, setzt begrifflich nicht voraus, daß der Geisteskranke keine einzige seiner Angelegenheiten zu besorgen vermöge. Bleibt ihm trotz seiner geistigen Erkrankung die Fähigung erhalten, gewisse Angelegenheiten — sei es wegen ihrer Einfachheit, sei es infolge der erlangten Übung oder aus andern Gründen — zu besorgen, so schließt dieser Umstand allein die Entmündigung nicht aus, z. B. nicht der Umstand, daß die Klägerin imstande ist, ihr Hauswesen zu besorgen, schöne Handarbeiten zu fertigen, ihre Zinsen einzuheimsen, unter Beratung eines Sachverständigen verloste Papiere umzutauschen, neue Papiere einzukaufen und in althergebrachter Weise ihre Bücher zu führen. Dessen ungeachtet ist die Entmündigung gerechtfertigt, wenn durch die Krankheit alle diejenigen Dinge der Klägerin geschädigt werden, also mangelhaft besorgt bleiben, die die eigentliche Gesamtheit der Angelegenheiten eines Menschen ausmachen: ihre Gesundheit, ihr Vermögen, ihre bürgerlichen Rechte und das Ansehen ihrer Person und der mit ihr in nächster Verwandtschaft stehenden Personen. (R.G. IV, 23. Dez. 1907.)
D. R. Sp. 77. Entsch. Nr. 449.

§ 6, 2.

Die Annahme einer Verschwendung setzt voraus,



daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den an sich übermäßigen unwirtschaftlichen Aufwendungen und persönlichen Eigenschaften besteht, die einen Hang zu unvernünftigen, zweck- und nutzlosen Ausgaben erkennen lassen. Dagegen ist nicht Voraussetzung, daß die übermäßigen Ausgaben zu eigenem Nutzen bewirkt sind. Vielmehr kann eine für sich sparsam und haushälterisch lebende Person auch durch übertriebenes und verkehrtes Wohltun gegenüber ihren eigenen Kindern sich der Verschwendung schuldig machen. (R. G. IV, 24. Februar 1908.)

D. R. Sp. 221. Entsch. Nr. 1319.

§ 6, 2; § 686.

Der mit der Klage auf Wiederaufhebung der Entmündigung befaßte Richter ist nicht gehindert, Tatsachen, welche dem Entmündigungsbeschlusse vorausgegangen sind, zu berücksichtigen und das frühere Verhalten des Entmündigten anders zu würdigen, als es in dem Entmündigungsbeschlusse geschehen ist. Gelangt er zu dem Ergebnisse, daß die Voraussetzungen der Entmündigung (ungeachtet des rechtskräftigen Entmündigungsbeschlusses) niemals vorlagen, so ist der Entmündigungsbeschluß ebenso aufzuheben, wie in dem Falle, daß die Voraussetzungen zwar zur Zeit des Entmündigungsbeschlusses gegeben waren, hinterher aber infolge veränderter Umstände weggefallen sind. (R. G. IV, 24. Februar 1908.)

D. R. Sp. 221. Entsch. Nr. 1320.

(Fortsetzung folgt.)

Neurogliabefunde in Gehirnen von Geisteskranken.

Von Dr. *Elmiger*, II. Arzt in St. Urban, Kt. Luzern.

Bei der Sektion wurden dem Gehirne an den verschiedenen Stellen kleine Stücke entnommen und in 10% Formaldehydlösung gehärtet. Die Färbung erfolgte nach der von Weigert angegebenen Neurogliamethode. Diesem Verfahren wurden 57 Gehirne unterworfen. Die Fälle verteilen sich wie folgt:

Dementia praecox	23
Paranoia	5
Kongenitaler Schwachsinn, Idiotie mit Aufregungszuständen	4
Progressive Paralyse	6
Tumor cerebri	1
Dementia senilis und Dementia alcoholico senilis	9
Dementia postapoplectica	1
Epilepsie	2
Alkohol-Epilepsie	1
Lues acquisita	1
Konstitutionelle Hysterie mit Tabes	1
Konstitutionelle Psychose	1
Delirium acutum	1
Chronische Manie	1

Bei den Dementia praecox-Fällen sind alle Lebensalter vertreten. Dasselbe schwankt zwischen 17 bis 74 Jahren. Die Dauer der geistigen Störung beträgt 3 Monate bis 37 Jahre. In 13 Fällen ließ sich eine deutliche Verdickung der Neuroglia in der Hirnrinde nachweisen. Es handelte sich dabei um eine Vermehrung der faserigen Neuroglia. Die Gliazellen waren in ihrer Zahl kaum vermehrt. In der großen Mehrzahl der obigen Fälle (10 Fälle) zog sich die geistige Störung über Jahrzehnte hin und führte zu hochgradiger Verblödung. In 3 Fällen betrug die Störung nur einige Jahre. Sie zeigten deutliche katatone Symptome. In 10 Fällen von 23 Dementia praecox ließ sich absolut keine Vermehrung der Neuroglia konstatieren. Es handelte sich dabei um Geistesstörung, die bloß Monate bis höchstens einige Jahre dauerte.

In 5 Paranoia-Fällen zeigte sich durchweg eine Verdickung der faserigen Gliarandschicht. Auch hier zog sich die Störung über Jahrzehnte dahin. In einigen Fällen kam auch noch das Senium dazu. Idiotie und kongenitaler Schwachsinn mit Aufregungszuständen (4 Fälle) zeigten in 2 Fällen eine Vermehrung der faserigen Neuroglia. Dieselbe war im Okzipitalhirn einer Idiotie geradezu enorm gewuchert.

Bei den 6 Paralysen ist die faserige Gliarandschicht sehr stark verdickt. Auch die Gliazellen sind deutlich vermehrt. In einigen Fällen ist stellenweise die ganze Rinde durch Neuroglia ersetzt. Im Okzipitalhirn finden sich an einzelnen Stellen Anhäufungen von Gliazellen mit groben Fortsätzen, besonders in der Nähe der Kapillaren und kleinen Gehirngefäße. Auch im Kleinhirn finden sich einzelne Herde.

Ein Tumor cerebri (Gliom) trat an Stelle der Marksubstanz des Frontalhirnes so vollständig, daß dasselbe funktionell als ausgeschaltet betrachtet werden konnte. Die Geistesstörung dauerte 4 Monate und bestand in einer fortschreitenden Verblödung. Die Gliarandschicht war überall deutlich verdickt.

In 9 Fällen von Dementia senilis und Dementia alcoholico-senilis ist die Glia deutlich vermehrt.



Eine Dementia postapoplectica zeigte eine starke Wucherung der Glia.

Ferner zwei Fälle von Epilepsie: In einem Falle dauerte die Krankheit 31 Jahre und führte zu vollständiger Demenz. Die Vermehrung der Neuroglia ist auffallend, besonders in den Zentralwindungen, im Ammonshorn und an einzelnen Stellen im Kleinhirn. Eine Epileptica von 21 Jahren, deren Krankheit 14 Jahre dauerte und ebenfalls zur Verblödung führte, zeigte ebenfalls eine Vermehrung der Neuroglia.

Ein Fall von Alkohol-Epilepsie, eine chronische Manie, eine konstitutionelle Psychose und ein Delirium acutum non alcoholicum erwiesen sich mit Bezug auf Neuroglia ganz normal.

Eine Lues acquisita und konstitutionelle Hysterie mit Tabes ließen eine auffallende Wucherung der Randglia konstatieren.

Es ergibt sich aus den obigen Untersuchungen:

Bei der Dementia praecox läßt sich in der großen Mehrzahl der Fälle keine Wucherung der Neuroglia nachweisen in den ersten Jahren der Krankheit. Erst nach jahrzehntelanger Dauer tritt eine Verdickung der Randglia ein. Das gleiche trifft auch bei den übrigen Psychosen zu, dagegen findet sich bei progressiver Paralyse und bei Dementia senilis schon nach kurzer Dauer der Krankheit eine reichliche Wucherung der Glia.

Nachtrag.

Es scheint mir wahrscheinlich, daß die faserige Glia ihren Ursprung in den Astrocyten hat. Es gibt Astrocyten mit wenigen dicken und oft sehr langen Fortsätzen, die sich intensiv färben. Man kann im allgemeinen behaupten, je weniger Fortsätze eine solche Zelle hat, desto massiger sind dieselben. Oft beobachtete ich langgestreckte Kerne mit ebenfalls länglichem Plasmaleib, der an einem Ende mit einem langen dicken Fortsatz versehen war. Ab und zu zeigten diese langen Kerne in der Mitte eine Einschnürung wie bei der Kernteilung oder hatten zwei Kernkörperchen. Es gibt ferner Astrocyten mit feinen und ungemein zahlreichen Fortsätzen und sie besitzen oft zwei und noch mehr Kerne. Möglicherweise sind das Erscheinungen einer regressiven Veränderung des Zelleibes, wodurch die Fortsätze von der Zelle getrennt werden und als isolierte Neurogliafasern erscheinen.

Zur Dementia praecox-Frage*).

Von Direktor Dr. *Cl. Neisser*, Bunzlau.

Für den Appell zu gemeinsamer Forschung von Kliniken und Anstalten, wie überhaupt für die Wiedererweckung der Lust an klinischer Arbeit haben wir allen Grund, Herrn Kraepelin dankbar zu sein. Und nicht zum wenigsten war es die Aufstellung der Lehre von der Dementia praecox, welche in dieser Richtung einen mächtigen Ansporn gebracht hat. Wenn wir uns nach den interessanten Referaten nun fragen, was das Neue an der Lehre ist, nach welcher Richtung sich ein Umschwung der Ansichten vollzogen hat, und was wir schon als gesicherten Besitz betrachten dürfen, so wird man es mir vielleicht nicht verdenken, wenn ich an die Zeit anknüpfe, als ich vor 21 Jahren in meiner Doktor-Dissertation versuchte, die Anerkennung der Krankheitsform der Katatonie herbeizuführen, welche damals in Deutschland teils als abgetan galt, teils in Vergessenheit geraten war. Damals stand unter den Gegnern auch Herr Kraepelin. In seinem Kompendium hatte er weder das Wort Katatonie erwähnt, noch fand sich eine entsprechende Krankheitsschilderung. In der dann folgenden Auflage des Lehrbuchs machte er eine für die damals herrschende klinische Richtung sehr charakteristische Konzession, indem er sich zu der Aufstellung einer besonderen Form, der „katatonischen Verrücktheit", entschloß. Ich brauche wohl nicht zu sagen, daß es sich für mich bei dieser Erinnerung nicht um die Wandlung, die Herr Kraepelin durchgemacht hat, handelt — dieselbe vollzog sich ja vor aller Augen und sehr zum Nutzen der Sache —, sondern ich meine, daß gerade seine damalige Aufstellung einer katatonischen Verrücktheit recht geeignet ist, die Änderung gewisser klinischer und allgemeinpathologischer Gesichtspunkte ins Licht zu setzen. Das Wesentliche der „Verrücktheit" wurde damals von manchen Autoren geradezu mit der theoretischen Definition einer „Verrückung des Ichstandpunktes" gekennzeichnet; auf alle Fälle wurde dem Auftreten bestimmter Wahnbildungen eine spezifische Dignität beigemessen, die für die Diagnose entscheidend war. Ich hatte dagegen — wie ich glaube, auch ganz im Sinne Kahlbaums — postuliert, daß die Gesamtheit der Symptome, ihr Neben- und Nacheinander, der Verlauf und der Ausgang die Grundlage der klinischen Diagnostik bilden müsse. Dieser klinische

*) Die nachstehenden wichtigen Ausführungen Direktor Dr. Neissers zu der Dementia praecox-Debatte auf der letzten Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (siehe Jahrg. X Seite 106, 127, 137, 151, 158, 166) sind leider s. Zt. versehentlich nicht in den Bericht dieser Zeitschrift gekommen. Mit freundlicher Erlaubnis des Herrn Redners erfolgt hier nachträglich die Veröffentlichung.

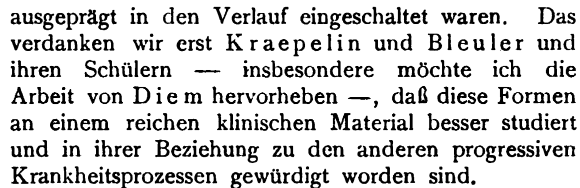


Standpunkt ist inzwischen — nicht zum wenigsten dank Kraepelins eigenen Arbeiten — Gemeingut geworden, und von ihm aus ist die großzügige Lehre von der Dementia praecox konzipiert und durchgeführt. Wenn hierbei vielleicht zunächst die Prognose zu einseitig betont und zu einheitlich beurteilt worden ist, und wenn ferner vielleicht auch der Rahmen noch zu weit gespannt worden sein mag, so glaube ich doch, daß es heute die übereinstimmende Ansicht ist, daß wir durch Kraepelins Aufstellung der Dementia praecox-Gruppe in der naturwahren Auffassung der betreffenden psychischen Krankheitsprozesse einen wichtigen Schritt vorwärts gekommen sind und klinische Anschauungen von bleibendem Wert gewonnen haben.

In speziell-pathologischer Hinsicht hat gegenüber der früheren Paranoialehre die Lostrennung der Dementia paranoides wohl die einschneidendste Bedeutung. Die inzwischen erfolgte Heraushebung der „episodischen Wahnbildungen bei Degenerierten" durch Bonhoeffer hat eine wichtige und notwendige Korrektur gebracht. Andererseits können sich viele, zu denen auch ich gehöre, mit Kraepelins Auffassung des Querulantenwahns als des Paradigmas der echten Paranoia nicht einverstanden erklären. Bei dieser Gruppe der Dementia praecox ist also noch manches ungeklärt und in fließender Entwicklung.

Völlige Übereinstimmung herrscht auch noch nicht bezüglich der Katatonie, wenn auch zweifellose Fortschritte gemacht sind. Das Vorkommen katatonischer Symptome bei verschiedenartigen Psychosen ist sorgsamer studiert worden, man hat die Prognose revidiert, welche von Kahlbaum, mir und anderen entschieden zu günstig beurteilt worden war, und man hat damit ihre Beziehung zu den „Verblödungsprozessen" namentlich des jugendlichen Alters, auf die Fink schon vor längerer Zeit hingewiesen hatte, wahrscheinlich gemacht. Immerhin erscheint mir die Tatsache sehr beachtenswert, die Bleuler in seinem Referat mitgeteilt hat, wenn ich ihn recht verstanden habe, daß in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle, in denen von Anbeginn an der Prozeß als ein katatonischer sich darstellt, die katatonischen Symptome dauernd persistierten. Ich erlaube mir hierzu auf die Ausführungen zu verweisen, welche ich in einem wenig beachteten Referate über den Stand der Lehre von der Katatonie auf der Versammlung mitteldeutscher Psychiater zu Leipzig vor einer Reihe von Jahren gemacht habe.*)

Den größten Fortschritt hat aber meiner Meinung nach die Lehre von der einfachen Dementia praecox gebracht. Man kannte ja solche Fälle früher wohl auch schon; ich erinnere vor allem an eine Arbeit von Pick aus dem Jahre 1891, welcher die Krankheit schon völlig der modernen Auffassung entsprechend gedeutet hat. Aber man hat doch wohl von der Häufigkeit der Fälle nicht die richtige Vorstellung gehabt, und man hat namentlich dann die Fälle nicht richtig bewertet, wenn depressive oder manisch gefärbte oder paranoide Phasen mehr weniger



ausgeprägt in den Verlauf eingeschaltet waren. Das verdanken wir erst Kraepelin und Bleuler und ihren Schülern — insbesondere möchte ich die Arbeit von Diem hervorheben —, daß diese Formen an einem reichen klinischen Material besser studiert und in ihrer Beziehung zu den anderen progressiven Krankheitsprozessen gewürdigt worden sind.

Nun hat Bleuler der Lehre von der Dementia praecox einen neuen bedeutsamen Inhalt zu geben versucht, indem er auch in symptomatischer Beziehung Besonderheiten betonte, welche in eigenartigen Störungen des Assoziationsmechanismus bestehen und die wesentlichste primäre Wirkung des zugrundeliegenden Krankheitsprozesses darstellen sollen. Und wenn ich ihn richtig verstanden habe, hat Herr Jahrmärker sich ihm hierin jetzt rückhaltlos angeschlossen.

Von besonderem Interesse war mir hierbei, aus dem Referat von Bleuler zu ersehen, daß die Scheidung von primärer und sekundärer Symptomatologie für eine grundsätzliche Notwendigkeit erklärt wird. Ich begrüße das mit Freude, da ich ja bekanntlich diese Scheidung in meinen klinischen Arbeiten von jeher mich bemüht habe in den Vordergrund zu stellen und durchzuführen. Allerdings nehme ich an, daß es ein Mißverständnis des Herrn Kreuser war, wenn er meinte, die Begriffe: „Reiz"- und „Ausfallserscheinungen" dafür einsetzen zu können. Ich hoffe, daß Herr Bleuler dazu sich noch äußern und dies bestätigen wird. Ich möchte glauben, daß das gegenseitige Verhältnis von Reiz- und Ausfallserscheinungen ein anderes und durch Wernicke endgültig festgelegt ist. Interessant ist nun aber, daß gerade die Kraepelinsche Dementia praecox Herrn Bleuler bei dem Versuch seiner symptomatischen Analyse zu der Betonung jener grundsätzlichen Scheidung geführt hat. Denn mag man über die Kraepelinschen Krankheitsschilderungen denken wie man will: das eine wird jeder zugeben, daß sie von einer Unterscheidung primärer und sekundärer Symptome völlig frei sind; es sind stets umfassende, gewissermaßen einheitliche Seelengemälde, welche aber den Gesamthabitus der Zustände so geschickt treffen, daß die Subsumierung der Einzelfälle im Sinne des Autors aus der allgemeinen Ähnlichkeit des Bildes in der Regel gelingt.

Und noch in einer zweiten Hinsicht drängt sich ein Vergleich mit den Kraepelinschen Krankheitsdarstellungen angesichts der Bleulerschen Symptomanalysen auf, der ein eigenartiges Interesse bietet. Bei der kollektivistischen Art der Gruppenbildung, wie sie von Kraepelin und seiner Schule vollzogen wurde, fand unstreitig bei der Diagnostik und namentlich bei der Prognostik der individuelle Faktor nicht die gebührende Berücksichtigung. Nun ist das Interessante, daß Bleuler und seine Schüler (Jung, Riklin) gerade von dem allerindividuellsten Faktor, dem persönlichen Erlebnis, dem affektbetonten Komplex ihren Ausgang nehmen und ihm für die ganze weitere Symptomausgestaltung die entscheidende, zum mindesten formgebende Rolle zuweisen. Es ist in diesem Augenblick naturgemäß nicht möglich, die

*) Arch. f. Psych., Bd. 32

tiefgreifende Frage der Bedeutung der affektbetonten Komplexe zu diskutieren, doch möchte ich gegenüber den Angriffen, denen besonders Herr Jung ausgesetzt war, nicht unbetont lassen, daß ich seine Bestrebungen, die Symptome von dieser neuen psychologischen Seite her zu erschließen, für sehr dankenswert und anregend halte, wenngleich auch ich glaube, daß vieles einzelne einseitig, übertrieben und sogar kraß willkürlich an der Auffassung ist. Aber sei dem wie ihm wolle, auf alle Fälle sind es Probleme zunächst der allgemeinen Psychiatrie, welche hier ihrer Lösung harren. Und hiermit komme ich zu dem Punkte, der mich veranlaßte, das Wort in der Diskussion zu erbitten: ich möchte dringend davor wranen, den Namen „Schizophrenie" anzunehmen. Gewiß ist, wie vorhin betont wurde, der Name Dementia praecox nicht ganz befriedigend; wir wissen aber nun alle, was damit gemeint ist, und können vorläufig klinisch damit arbeiten. Dagegen möchte ich mich gegen den Namen Schizophrenie wenden, nicht nur, weil er sprachlich sich nicht leicht einbürgern dürfte, sondern darum, weil er nicht von unmittelbar der klinischen Beobachtung zugänglichen Erscheinungen, sondern von einer theoretischen Anschauung über das Wesen des Krankheitsprozesses seinen Ausgang nimmt. Die Frage, welche Bedeutung im Assoziationsspiele affektbetonte Komplexe überhaupt haben, welchen Einfluß sie auf die Assimilation neuer Eindrücke und Wahrnehmungen üben, wie sie auf das früher erworbene Erfahrungsmaterial zurückwirken, welchen Zusammenhang sie nach Form und Inhalt mit anderen körperlichen psychischen Vorgängen haben, die Frage ferner, welche Veränderungen im Assoziationsmechanismus Sinnestäuschungen und Wahnideen bewirken, in welcher Weise und inwieweit sie Affekte auslösen bezw. selbst durch Affekte ausgelöst und beeinflußt werden, alle diese und viele andere damit im Zusammenhang stehende Fragen allgemein-pathologischer Natur bedürfen meines Erachtens vorerst einer sorgfältigen Bearbeitung und Klärung, ehe die spezifische Natur der Komplexwirkungen bei der Dementia praecox als gesichertes Wissen eingeführt werden kann. Es will mir nicht unmöglich scheinen — ich sage dies allerdings mit allem Vorbehalt, da vorerst nur ein Teil der Studien veröffentlicht ist —, daß Bleuler und Jung mit ihrer Symptomanalyse nicht etwas lediglich der Dementia praecox Zukommendes zutage gefördert, sondern einen Beitrag zur allgemeinen Psychopathologie geliefert haben. Ja, ich möchte es für nicht ganz ausgeschlossen halten, daß Bleuler, weil er in der Art der Komplexwirkungen das Kennzeichnende der Dementia praecox erblickt, allmählich im Laufe dieser Studien dazu gekommen ist, den Rahmen dieser Krankheit so weit und immer weiter zu spannen. Auf alle Fälle scheint mir durch eine solche Namengebung die Gefahr gegeben, daß die unbefangene, empirisch klinische Krankheitsbetrachtung Schaden leide.

Mitteilungen.

— Der **Rheinische Provinziallandtag** hat die **Besoldungsverhältnisse** der Direktoren und Ärzte an den Rheinischen Prov.-Heil- und Pflegeanstalten wie folgt neu geregelt. Es sollen erhalten:

1. die Direktoren 6000 bis 9500 M., steigend alle zwei Jahre um 500 M., außerdem freie Wohnung, Garten, Brand, Licht und Arznei;
2. die Oberärzte 4500 bis 7000 M., steigend alle zwei Jahre um 300 M., außerdem Emolumente wie vor;
3. die Anstaltsärzte 3500 bis 5000 M., steigend alle zwei Jahre um 250 M., außerdem freie Familienwohnung, Garten, Brand, Licht und Arznei oder die dafür etatsmäßig festgesetzte Entschädigung, die z. Zt. 700 M. beträgt.

Die Anstellung der Assistenzärzte als Anstaltsärzte erfolgt in der Regel nach dreijähriger Dienstzeit als Assistenzarzt, wobei die an auswärtigen Anstalten zugebrachte Dienstzeit angerechnet werden kann.

— **Der Kampf gegen den Alkohol** wird von den Versicherungsanstalten in planvoller Weise weitergeführt. So ist die **Landesversicherungsanstalt Hannover** bereit, geeignete Versicherte im Stift Isenwald bei Gifhorn unterzubringen; sie sorgt aber auch durch Verteilung von Alkoholmerkblättern des kaiserlichen Gesundheitsamtes und von Schriften des deutschen Vereines gegen den Mißbrauch geistiger Getränke für die Belehrung der Pfleglinge in den Heilstätten, wie sie andererseits auch Vereine unterstützt, die der Bekämpfung des Alkoholmißbrauches dienen. In diesen Kampf sind ferner auch die größeren Privatbetriebe der Provinz eingetreten. So verkauft z. B. die Ilseder Hütte an ihre Arbeiter Mineralwasser und Kaffee unter dem Kostenpreise, während die Firma Levin in Göttingen das Holen von Bier und den Genuß geistiger Getränke in der Fabrik jugendlichen Arbeitern unter 16 Jahren gänzlich untersagt. Der Trinkerrettung dient in der Provinz Hannover außer dem bereits erwähnten Stift Isenwald, der Heilstätte des hannoverschen Vereines für Trinkerrettung, auch die in Privathänden (Tienken) befindliche Villa Margaretha in Nesse (Kreis Geestemünde). In Imsum (Kreis Lehe) ist seit September 1903 ein alkoholfreies Gemeindehaus vorhanden, das von der Landesversicherungsanstalt unter der Bedingung des alkoholfreien Betriebes ein Darlehn zu billigem Zinsfuß erhalten hat. Ein ähnliches Reformgasthaus besteht ferner in Iheringsfehn (Kreis Aurich). In Hannover unterhält der Frauenverein für Volkswohl und Mäßigkeit eine alkoholfreie Reformwirtschaft sowie eine ebensolche Kantine auf dem Rathausplatze. Eine



neuartige Einrichtung besteht seit Oktober 1906 in Harburg. Dort ist von der Ortsgruppe des deutschen Vereins für Volkshygiene in Gemeinschaft mit dem Bezirksvereine gegen den Mißbrauch geistiger Getränke an einer belebten Straßenecke ein Schaukasten mit bildlichen und textlichen Belehrungen, besonders über den Alkoholismus, aufgehängt, der sehr viel Beachtung findet. Die bildlichen Darstellungen sollen von Zeit zu Zeit gewechselt werden. Weitere Belehrungszwecke werden dadurch erstrebt, daß die Landesversicherungsanstalt dem geplanten Tuberkulosewandermuseum eine Abteilung mit entsprechendem Material auch über die Gefahren der Trunksucht angliedern will.

— **Über Alkohol und Verbrechen** entnehmen wir einem Berichte aus dem Zentralgefängnisse zu Gollnow (Pommern) für das Jahr 1906 folgende Daten: Von den 249 Gefangenen verübten ihre Tat in der Trunkenheit bezw. in den Folgen der Trunksucht:

170 Personen, d. h. 68,3%.

a)	Von den 77	Körperverletzungen	68 = 88,3%
b)	„ „ 16	Sittlichkeitsverbrechen	7 = 43,8%
c)	„ „ 97	Diebstählen	54 = 55,7%

Von den 249 dort Eingelieferten begingen ihre Straftat vom Sonnabend Abend bis zum Montag Morgen 89 Personen = 35,7%.

In Worten ausgedrückt heißt das: fast alle Körperverletzungen wurden in der Trunkenheit verübt und von den Verbrechen wider die Sittlichkeit und den Diebstählen immer noch über die Hälfte. Und dabei bestreiten es noch viele Gefangene, daß sie ihre Tat in den Folgen der Trunksucht begangen haben, z. B. die meisten Bettler und Zuhälter. Es ist also der Prozentsatz derer, die ihre Tat in den Folgen der Trunksucht begangen haben, ein noch viel größerer, als oben auf Grund der Aussagen der Delinquenten usf. angegeben.

— **Trinker unter den rückfälligen Verbrechern in preussischen Zuchthäusern.** Es ist ja bekannt, welche hervorragende Bedeutung dem Alkohol in der Kriminalität überhaupt zukommt und wie groß die Zahl der Trinker unter den Verbrechern ist. In noch höherem Maße gilt dies für die rückfälligen Verbrecher, die sich zum größten Teile aus Gewohnheitstrinkern zusammensetzen.

In den preußischen Zuchthäusern waren die Verhältnisse von 1902—1905 (nach dem statistischen Jahrbuch für den preußischen Staat 1905, S. 215 und 1906, S. 208) folgende:

im Jahre	Zahl der Zuchthaussträflinge im ganzen	darunter Gewohnheitstrinker
1902	3234	795
1903	3247	814
1904	3096	729
1905	2957	730
1902—1905	12534	3074 = 24,7%

Der vierte Teil der Zuchthaussträflinge besteht also nach dieser Zusammenstellung aus Gewohnheitstrinkern. Dabei liegt diese amtliche Zahl unzweifelhaft weit unter der Wirklichkeit, da nur die offenbarsten Fälle der Trunksucht aktenmäßig wurden und zahlreiche Fälle der Feststellung entgehen.

Unterscheidet man nach den Geschlechtern, so waren es:

im Jahre	Männer im ganzen	Gewohnheitstrinker	Frauen im ganzen	Gewohnheitstrinkerinnen
1904	2806	662	290	67
1905	2655	661	302	75
1904—5	5461	1323 = 24,4%	592	142 = 24,5%

Während in der gewöhnlichen Bevölkerung die Zahl der Trinker unter den Männern etwa elfmal so groß ist als unter den Frauen, geben in der Zuchthausbevölkerung unter den Gewohnheitsverbrechern die Frauen in bezug auf Trunksucht den Männern nicht das geringste nach.

Aus: „Korrespondenz für die deutsche medizinische Presse" 1908. Nr. 24. Im Auftrage des Vorstandes des Vereines abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes herausgegeben von Dr. A. Holitscher, Geschäftsführer des Vereins abst. Ärzte des deutschen Sprachgebietes, Pirkenhammer bei Karlsbad.

Referate.

— W. Uhthoff, Über das Sehen und über Sehstörungen in ihren Beziehungen zum Gehirn. (Antrittsrede bei Übernahme des Rektorats der Universität Breslau.) Jena 1908.

Nach einem einleitenden Überblick über die Entwicklung der Lehre vom Sehen, wobei besonders dem Wandel der Anschauungen über die Bedeutung der Linse und der Netzhaut beim Sehakt Rechnung getragen wird, erörtert Vortr. die jetzt gültige Auffassung über den Vorgang des Sehens unter Skizzierung der einschlägigen anatomischen und physiologischen Verhältnisse. Hieran schließt sich dann nach einem Hinweise auf die Beziehungen des optischen Wahrnehmungszentrums zum optischen Erinnerungsfelde und zur Augenmuskulatur eine Besprechung der Pathologie der betreffenden Hirnteile. Es wird zunächst die isolierte Erkrankung des Sehzentrums (Rindenblindheit) und des optischen Erinnerungsfeldes (Seelenblindheit) besprochen, sodann erörtert Vortr. die komplizierteren Störungen infolge Erkrankung der vom Sehzentrum ausgehenden Assoziationsbahnen (optische Aphasie, Alexie, Agraphie) und erweist so die große Bedeutung des Gesichtssinnes für das gesamte Seelenleben. Die äußerst klare Darstellungsweise ermöglicht es auch dem Nichtfachmanne, dem Vortr. in seinen Ausführungen sicher zu folgen.

Tomaschny-Treptow a. R.

— Ferdinand Alt, Wien, Die Taubheit infolge Meningitis cerebrospinalis epidemica. Wien 1908.

Verf. hat 50 Fälle von Meningitis cerebrospinalis epidemica auf Störungen seitens des Gehörorganes untersucht.

Im ersten Teile der Arbeit schildert er ausführlich den mikroskopischen Befund, den er bei drei an dieser Krankheit nach eingetretener Taubheit Verstorbenen auf Serienschnitten durch das Felsenbein samt dem darin eingeschlossenen Gehörorgan erhoben



hat. Auf zwölf beigefügten Tafeln ist der Befund anschaulich wiedergegeben.

Von den klinischen Beobachtungen des Verf. sei folgendes hervorgehoben: Bei neun unter den fünfzig Kranken konnte eine zuverlässige Funktionsprüfung des Gehörorganes wegen Benommenheit nicht ausgeführt werden, von den übrigen 41 ertaubten zwölf also 29,3%. Der otoskopische Befund war bei allen Ertaubten der gleiche: unveränderte, nicht entzündete Trommelfelle bei vollkommener Taubheit für Sprache, Geräusche und Töne. Luft- und Knochenleitung aufgehoben. Die Taubheit stellte sich in der ersten oder zweiten Krankheitswoche ein und zwar in der Regel plötzlich; sie war immer doppelseitig. Als Ursache der Taubheit sieht Verf. vornehmlich Labyrinthveränderung an, in zweiter Linie kommen dann eitrige Infiltration des Ependyms des IV. Ventrikels und Einbettung des Nervus acusticus in Meningealexsudat. Neben der Taubheit treten fast stets noch vestibulare Symptome auf in Form von hochgradigem Schwindel, Gehstörungen usw. Bei den von der Meningitis Genesenen zeigen sich sowohl die Taubheit als auch die vestibularen Störungen in einzelnen Fällen einer Besserung fähig. Therapeutisch ist nicht viel zu machen, zur Anregung der Resorption kommt Jod in Betracht. Tomaschny-Treptow a. R.

— A. Brasz, Das Affen-Problem. Professor Ernst Haeckels neueste gefälschte Embryonen-Bilder. Leipzig, 1908. Biologischer Verlag. 42 S. 40 Abbildungen. Preis 1 M.

Gegen Haeckel wird hier der schwere Vorwurf erhoben, er habe Embryonenbilder teils frei erfunden, teils solche anderer Forscher absichtlich so verändert und zurechtgestutzt, daß sie als Stützen für seine Abstammungslehre gelten können. (?) Horstmann.

— Otto Granichstädten, Gerichtsärztliche Befunde und Gutachten. Schwurgerichtsfragen bei Körperverletzungen. Leipzig und Wien, 1908, Franz Deuticke. 240 S. Preis 5 M.

Eine Sammlung instruktiver Fälle aus den Akten des Wiener Landgerichtes, die jedoch nicht gerade von speziell neurologisch-psychiatrischem Interesse sind. Horstmann.

— Das einzige Heilmittel bei Nervenleiden. Von Georg Christian Schwarz, Straßburg i. Els. Leipzig, G. Strübigs Verlag (M. Altmann), 1909.

Verf. macht in vorliegender Schrift auf Grund seiner Erfahrungen während einer zwölfjährigen Leidenszeit verschiedene Vorschläge für die Behandlung der Neurasthenie, die, wenn sie auch nicht mehr ganz neu sind, wirklich allgemeine Beachtung verdienen. Selbstzucht ist es, was der Verf. verlangt, und sachgemäße Regelung der Tätigkeit des Betreffenden. Die heutigen Anstalten genüge nicht den vielen Anforderungen, weil sie nicht genügend allen individuellen körperlichen und geistigen Verschiedenheiten, Neigungen, Gewohnheiten und Fähigkeiten Rechnung tragen. Auch sind sie zu teuer und bieten dem Kranken nur Ruhe und nebenbei sachgemäß keine richtige Arbeit, so daß der Unterschied zwischen der während des Aufenthaltes gepflegten Ruhe und völligen Ausspannung und den bei der Wiederaufnahme der Arbeit an den Körper plötzlich gestellten Anforderungen ein zu großer ist. So wie wir Tuberkulosenheilstätten bauten, müßten wir auch Nervenheilstätten bauen, die der Allgemeinheit leicht zugänglich wären, eventuell aus Staatsmitteln gebaut würden. Denn der Staat habe doch das größte Interesse daran, daß ein großer Teil der Bevölkerung, der heute infolge seines Leidens wenig oder vermindert leistungsfähig sei, wieder voller Arbeitsfähigkeit entgegengeführt würde. Plesch-Hubertusburg.

— Kurzer Abriß der Psychologie, Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie nebst einer ausführlichen Zusammenstellung der gebräuchlichsten Methoden der Intelligenz- und Kenntnisprüfung. Für Juristen und Mediziner, besonders jüngere Psychiater. Von Anstaltsarzt Dr. Dost-Hubertusburg. Leipzig, Verlag von F. C. Vogel, 1908.

Für Juristen und Mediziner besonders jüngere Psychiater hat Verf. sein Buch geschrieben. So kurz als möglich und dabei doch verständlich wollte er eine Übersicht über die Hirnanatomie, Psychologie, Psychiatrie und gerichtliche Psychiatrie geben. Ich glaube sagen zu dürfen, daß Verf. seine Aufgabe in anerkennenswerter Weise gelöst hat. Was das Buch besonders wertvoll macht, ist die Zusammenstellung der verschiedenen Intelligenz- und Kenntnisprüfungsmethoden, die bis jetzt in den verschiedensten Zeitschriften verstreut waren, und zwar sind sie so ausführlich behandelt, daß jeder imstande ist, sie nachzuprüfen. Der Jurist wird in die Lage versetzt, mit Hilfe der aus dem Buch erworbenen Kenntnisse zeitig die psychische Erkrankung zu erkennen und sachverständige Hilfe herbeizurufen bezw. das Sachverständigengutachten entsprechend zu würdigen, dem Mediziner gibt er eine kurze Übersicht seines Arbeitsfeldes und eine gedrängte Zusammenfassung der Lehren der verschiedenen Autoren. Für weitergehende Bedürfnisse hat Verfasser noch ein ausführliches Literaturverzeichnis angefügt. Plesch-Hubertusburg.

Personalnachrichten.

— **Stettin.** Der Assistenzarzt Dr. Brutzer bei der Provinzialheilanstalt zu Treptow a. R. ist mit Ende Februar 1909 aus dem pommerschen Provinzialdienste ausgeschieden.

— **Hubertusburg.** Med.-Rat Dr. P. Näcke ist zum korrespondierenden Mitgliede der Société de Psychiatrie de Paris ernannt worden.

— **Wien.** Prof. Dr. Pilcz ist zum korrespondierenden Mitgliede der Société de Psychiatrie de Paris ernannt worden.

Die Redaktion ist von einer Anstaltsleitung ersucht worden, durch eine Anfrage in der Wochenschrift zu ermitteln, ob in Anstalten und in welchen Teppichweberei betrieben wird, und bittet daher um gefällige Nachrichten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Bei Nervenerkrankungen und Neurasthenie wird seit 1900 mit bestem Erfolge angewendet:

Syrupus Colae comp. „Hell“

Ein vorzügliches Kolapräparat von überraschender Wirksamkeit in der Behandlung von funktionellen Nervenkrankheiten, Neurasthenie und Erschöpfungszuständen, bereits bei mehr als 200000 Kranken glänzend bewährt und in allgemeiner Anerkennung der Herren Aerzte aller Länder.

In dem Aufsatze von Geheimrat Dr. Eulenburg „Über Neurastheniebehandlung“ in Nr. 8 der „Therapie der Gegenwart“ 1908 wird auf den Syrupus Colae comp. „Hell“ ausdrücklich hingewiesen.

Ausführliche klinische Abhandlungen und gegen 300 kürzere ärztliche Gutachten enthält der im Februar 1908 bereits in 2. Auflage veröffentlichte Sammelbericht von zirka 100 Druckseiten, den wir auf Verlangen überallhin gratis und franko zusenden.

Für **Diabetiker** werden an Stelle des Syrups **Pilulae Colae comp. Hell** frei von allen Kohlenhydraten erzeugt.

Eine Pille enthält die wirksamen Bestandteile eines Kaffeelöffels Syrup.

Warnung! Wir bitten die Herren Aerzte ausdrücklich Syrupus Colae comp. Hell zu ordiniren, da in einzelnen Apotheken willkürliche Combinationen expedirt werden.

Der Verkauf findet in den Apotheken auf ärztliche Verordnung statt und kostet eine grosse Flasche Mk. 4,—, eine kleine Mk. 2,50, 1 Fl. Pillen von 50 St. Mk. 2,50.

Literatur und Proben gratis von **G. Hell & Comp.** in Troppau.

Fischversandgeschäft „BADENIA“

Fernsprech-Anschluss Nr 893.

Geestemünde-F.

Telegramm-Adresse: Badenia Geestemünde

empfiehlt sich zum Bezug aller Seefische

Spezialität: **Krankenhaus- und Pensionslieferungen in Steinbutt, Seezungen, Lachs, Zander etc., sowie in Delikatessen, als Caviar, Hummer, Sardinen etc.**

Für sorgfältigste Ausführung selbst des kleinsten Auftrags leisten weitestgehende Garantie. Kochbüchlein und Rezepte in fast allen Sprachen gern gratis zu Diensten. Bei Auftragserteilung berufe man sich Vorzugspreise halber auf diese Zeitschrift.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel

Pharmaceutische Abtheilung (Adr. f Deutschl: Leopoldshöhe (Baden).

HAUPT-PHOSPHOR-RESERVESTOFF der GRÜNEN PFLANZE

PHYTIN

NATÜRLICHES KRÄFTIGUNGS-MITTEL.

D.R.P. Name gesetzl. geschützt

Aus Pflanzensamen hergestelltes, vollständig definirtes organisches Phosphorprinzip. Enthält 22,8% organisch gebundenen Phosphor in vollkommener assimilierbarer ungiftiger Form. **Nerven stärkend, Stoffwechsel anregend, Appetit erzeugend,** blutbildend, das Körpergewicht erhöhend, bewährt bei nervöser Schlaflosigkeit. — In Orig.-Schachteln zu 10 gr Preis Mk. 2,80 Détail.

Rp. 1 Originalschachtel Phytin. — Muster und Literatur gratis und franko.









Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 2. 3. April **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Originalartikel: Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VIII. Von Privatdozent Dr. G. Voß. (Fortsetzung.) (S. 13.) — Sozialhygienische Kastration (S. 18). — Mitteilungen (S. 20): Die XXXIV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte. Wissenschaftliche Kurse zum Studium des Alkoholismus.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VIII.

Aus der Literatur des Jahres 1908 zusammengestellt.

Von Privatdozent Dr. *G. Voss.*

(Fortsetzung.)

§ 6, 3.

Wenn der § 6 B. G. B. von einem „Wegfallen" des Entmündigungsgrundes spricht, so ist damit ein „Nichtvorliegen" gemeint. Daher ist der Richter nicht gehindert, das frühere Verhalten des Entmündigten anders zu würdigen, als dies in dem Entmündigungsbeschlusse geschehen ist. Gelangt der Richter bei Würdigung des Sachverhalts zu dem Ergebnisse, daß die Voraussetzungen der Entmündigung niemals (ungeachtet des rechtskräftigen Entmündigungsbeschlusses) vorlagen, so ist die Entmündigung ebensowenig aufrecht zu erhalten wie in dem Falle, wenn die Voraussetzungen der Entmündigung zwar zur Zeit des Entmündigungsbeschlusses gegeben waren, aber hinterher infolge veränderter Umstände, etwa infolge eingetretener Besserung im Vergleiche zu dem früheren Verhalten, weggefallen sind. Wäre der mit der Entscheidung über die Wiederaufhebung befaßte Richter darauf beschränkt, nur die Tatsachen seit dem Entmündigungsbeschlusse zu berücksichtigen, so wäre unter Umständen die rechtliche Möglichkeit ausgeschlossen, eine unter unzutreffender Würdigung des Sachverhalts ausgesprochene Entmündigung im Wiederaufhebungsverfahren zu beseitigen. Daß eine derartige Folge der gesetzgeberischen Absicht zuwiderläuft, bedarf nach dem Gesagten weiter keiner Ausführung. Vergl. das Urteil des R. G. vom 20. Mai 1901 in J. W. 01, 475. (Frankfurt, 24. Febr. 1908.)

J. W. pag. 234.

§ 7.

Eintritt in ein Krankenhaus begründet regelmäßig keinen Wohnsitz. Der Vater des Mündels wollte in Sch. nur im Krankenhaus unterkommen, und hieraus allein kann nicht auf den Willen ständiger Niederlassung geschlossen werden. Er hatte also entweder den Wohnsitz noch an seinem früheren Wohnort oder, wenn er diesen aufgegeben hatte, einen Wohnsitz überhaupt nicht. (Bay. O. L. G., 16. Nov. 1908.)

D. R. Sp. 645. Entsch. Nr. 3520.

§ 104, 2.

Daß jemand trotz festgestellter krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit noch zu wirtschaftlichen Besorgungen, wie sie in einem Hausstande fortgesetzt vorzunehmen sind, fähig ist, schließt nicht aus, daß er als geschäftsunfähig gemäß § 104, 2 B. G. B. zu gelten hat. (Vergl. Seuff. A., Bd. 51, Nr. 89, Bd. 55, Nr. 129.) (R. G. V, 14. Okt. 1908.)

D. R. Sp. 647. Entsch. Nr. 3527.

§§ 104, 114, 2275.

Der Erbanspruch der Kläger und Revisionskläger gründet sich darauf, daß der von S. am 19. August 1903 mit der Beklagten geschlossene Erbvertrag wegen Mangels der unbeschränkten Geschäftsfähigkeit des Erblassers (§ 2275 Abs. 1 B. G. B.) als nichtig anzusehen sei. Das bloße Vorhandensein von Geistesschwäche hat aber die Beschränkung der Geschäftsfähigkeit nicht zur Folge, wenn nicht aus diesem Grunde die Entmündigung oder Stellung unter vorläufige Vormundschaft stattgefunden hat (§ 114). Da dies im vorliegenden Falle nicht geschehen ist, so würde der Erbvertrag nur nichtig sein, wenn der Erblasser S. zur Zeit der Errichtung des Erbvertrags in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden



Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit sich befunden hat (§ 104, 2). Das Vorhandensein dieser Voraussetzung ist von dem Berufungsrichter in Übereinstimmung mit dem ersten Richter verneint worden. Unzweifelhaft hat S. an angeborenem Schwachsinn gelitten. Die geistige Entwicklung ist bei ihm infolge mangelhafter „Gehirnorganisation" zurückgeblieben. Auch eine derartige Entwicklungshemmung fällt unter den Begriff der krankhaften Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 104, 2 B. G. B., während der Begriff der Geisteskrankheit im Sinne des § 6, 1 enger begrenzt ist. Es fragt sich aber, ob auch das in § 104, 2 vorgesehene weitere Erfordernis zutrifft, daß infolge der krankhaften Störung der Geistestätigkeit die freie Willensbestimmung des S. zur Zeit der Errichtung des Erbvertrages ausgeschlossen war. Die freie Willensbestimmung setzt voraus, daß gegenüber den verschiedenen Vorstellungen und Empfindungen und gegenüber den Einflüssen dritter Personen, welche bestimmend auf den Willen einwirken, eine vernünftige Überlegung und freie Selbstentschließung darüber, was im gegebenen Falle als das Richtige zu tun ist, stattfindet. An der freien Willensbestimmung fehlt es, wenn infolge krankhafter Störung der Geistestätigkeit bestimmte Vorstellungen oder Empfindungen oder Einflüsse dritter Personen derart übermächtig den Willen beherrschen, daß eine Bestimmbarkeit des Willens durch vernünftige Erwägungen ausgeschlossen ist. Von diesem Standpunkt aus kann die Entscheidung des Berufungsrichters nicht gemißbilligt werden. Mit Recht legt der Berufungsrichter darauf Gewicht, daß der Erbvertrag vom 19. August 1903 sehr einfache und klare Bestimmungen enthielt, daß vor der Aufnahme des Erbvertrags der Unterschied zwischen einem widerruflichen Testament und einem unwiderruflichen Erbvertrag dem S. von dem beurkundenden Notar deutlich auseinandergesetzt ist, daß er diesen Unterschied, wie aus den Aussagen der Zeugen folgt, auch sehr wohl verstanden hat, und daß er vernünftige Gründe zur Abschließung des Erbvertrages hatte. In dem vorliegenden Falle handelt es sich nicht darum, daß der Wille durch Wahnvorstellungen oder — wie in dem durch Urteil des R. G. vom 7. Okt. 1899 (Seuff. A. 55, 257) entschiedenen Falle — durch krankhafte Triebe beeinflußt ist, sondern um die Frage, ob der Schwachsinn in solchem Maße entwickelt ist, daß die Möglichkeit der freien Willensbestimmung gegenüber der Einwirkung anderer Personen nicht mehr besteht. Die hierfür in Betracht kommenden Tatumstände sind nach Maßgabe der Parteianführungen ausreichend festgestellt. (Hamburg, 30. März 1908.) J. W. pag. 323.

§ 105.

Da die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen nichtig ist, muß der Zuschlagsbeschluß aufgehoben und der Zuschlag versagt werden, wenn der Ersteher bei Abgabe des Meistgebots in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit sich befunden hat. (Posen, 14. August 1907.)

D. R. Sp. 189. Entsch. Nr. 1126.

§ 107.

Durch die Auflassung eines Grundstückes als solche erlangt der Minderjährige lediglich einen rechtlichen Vorteil. (Bay. O. L. G., 23. Okt. 1908.)

D. R. Sp. 615. Entsch. Nr. 3389.

§ 119.

Hat der Gründer eines Sanatoriums bei Anstellung eines Anstaltsleiters dessen vom sittlichen Standpunkt verwerfliches Vorleben nicht gekannt, so ist er nach erlangter Kenntnis zur Anfechtung des Anstellungsvertrages berechtigt, auch wenn jenes Vorleben in weiteren Kreisen nicht bekannt geworden und, soweit es im Publikum, namentlich in Ärztekreisen, bekannt geworden, nicht viel besprochen worden ist. (R. G. III, 29. Sept. 1908.)

D. R. Sp. 581. Entsch. Nr. 3208.

§§ 119, 121.

Die Anfechtung wegen Betrugs schließt die Anfechtung wegen Irrtums in sich, so daß, wenn jene Anfechtung unverzüglich erfolgt ist, diese Unverzüglichkeit auch für die Anfechtung als Irrtumsanfechtung gilt. (R. G. V, 19. Febr. 1908.)

D. R. Sp. 189. Entsch. Nr. 1128.

§§ 119, 123.

Schließt die Behauptung arglistiger Täuschung auch die des Irrtums in sich. Die Behauptung, es sei jemand zur Abgabe einer Willenserklärung durch arglistige Täuschung bestimmt worden (§ 123 B. G. B.), schließt die Behauptung eines für die Willenserklärung kausalen Irrtums (§ 113 a. a. O.) in sich, so daß das Vorhandensein einer Anfechtung wegen Irrtums nicht schon dann verneint werden kann, wenn bei Anfechtung eines Vertrages wegen Betruges nicht ausdrücklich auch der Irrtum als Anfechtungsgrund angegeben oder der § 119 a. a. O. in Bezug genommen ist. (Naumburg, 19. Febr. 1908.) J. W. pag. 234.

§ 138.

Ein allgemeiner Rechtssatz, ein Vertrag mit einem geistig Geschwächten verstoße gegen die guten Sitten,



wenn er durch den Vertrag eine große Einbuße erleide, kann nicht anerkannt werden. Es muß mindestens ein Ausbeuten der erkannten Geistesschwäche des Vertragsgegners vorliegen. Ein Verstoß gegen die guten Sitten ist von Amts wegen zu berücksichtigen. (R. G. II, 26. Nov. 1907.)

D. R. Sp. 2. Entsch. Nr. 6.

§ 138.

Unerfahrenheit ist die einem Menschen anhaftende Eigenschaft, die auf einem Mangel an Sachkenntnis und Lebenserfahrung im allgemeinen oder in einem beschränkten Gebiete des menschlichen Wirkens beruht und ihrem Wesen nach eine Einschränkung der Befähigung zur Wahrnehmung von Zuständen und Geschehnissen oder zu deren richtiger Beurteilung bedeutet. (Königsberg, 14. Dez. 1907.)

D. R. Sp. 189. Entsch. Nr. 1131.

§ 138, 1.

Die Ausbeutung der geistigen Minderwertigkeit und Beschränktheit eines Menschen zum Zwecke des Ankaufs seines Grundstückes für kaum ein Drittel des wahren Wertes verstößt gegen die guten Sitten. (R. G. V, 12. Februar 1908.)

D. R. Sp. 583. Entsch. Nr. 3218.

§ 249.

Die von einem medizinischen Sachverständigen erwähnte Gefahr, daß beim Beschädigen in höherem Alter aus den von einer Verletzung zurückgebliebenen Narben sich einmal Krebs entwickeln könne, muß bei der Schadenfeststellung unberücksichtigt bleiben. Die bloße, für eine ferne Zeit bestehende Möglichkeit bedeutet keinen gegenwärtigen oder auch nur mit irgendwelcher Bestimmtheit zu erwartenden Vermögensschaden. Daß mit Rücksicht auf die erwähnte Gefahr etwa jetzt schon Aufwendungen zu machen wären, ist vom Kläger nicht behauptet. Mit der jetzt erhobenen Leistungsklage kann aber Ersatz für einen zur Zeit noch gar nicht entstandenen Schaden keinenfalls gefordert werden. (R. G. VI, 13. Febr. 1908.)

D. R. Sp. 192. Entsch. Nr. 1143.

§ 823.

Der Berufungsrichter erachtet als Unfallsfolgen auch die Wirkungen, die der von der Klägerin wegen ihrer Unfallsansprüche geführte Rechtsstreit auf deren Nervenzustand möglicherweise ausgeübt hat. Denn diese etwaigen Wirkungen wären als die gewöhnlichen und nicht infolge eines besonderen Zustandes der Klägerin eingetreten. Damit ist der Rechtsbegriff des Kausalzusammenhanges nicht verkannt, sondern richtig angewendet. (Hamburg, 14. April 1908.) J. W. pag. 405.

§ 823.

Der Eigentümer einer Hand-Häckselmaschine handelt fahrlässig, wenn er, ohne das für spielende Kinder gefährliche Räderwerk gehörig zu verwahren, die Maschine in einem unverschlossenen Stalle stehen läßt, obschon er weiß, daß Kinder in den Stall zu kommen pflegten. Spielende Kinder kommen leicht dazu, die Räder der Maschine zu drehen, und sind wegen ihrer Unbekanntschaft mit der daraus entspringenden Gefahr dadurch Verletzungen ausgesetzt. Der Beklagte, dem diese Gefährdung der Kinder bekannt war oder bekannt sein mußte, war um deswillen verpflichtet, für deren Beseitigung tätig zu werden. Denn jedermann muß die im Verkehr erforderliche Sorgfalt anwenden, um zu verhüten, daß andere an Leben oder Gesundheit geschädigt werden, und zwar nicht allein dann, wenn er handelnd tätig wird, sondern auch beim Haben und Halten von Gegenständen, die durch ihre Beschaffenheit anderen Gefahr bringen. Die Revision beruft sich zu Unrecht auf § 903 B. G. B., dessen Vorschrift, der Eigentümer einer Sache könne nach Belieben mit ihr verfahren, sich nur auf die Befugnisse des Eigentümers zur Verfügung über die Sache bezieht, nicht auf seine Verpflichtung, dabei auf andere Rücksicht zu nehmen. (R. G. VI, 19. Dez. 1907.) D. R. Sp. 88. Entsch. Nr. 509.

§ 823.

Fällt der Schüler einer städtischen Schule infolge eines Schwindelanfalls gegen ein ohne jede Umhüllung oder Verkleidung längs der Hinterwand des Schulzimmers laufendes Rohr der Heißwasserheizung und zieht sich schwere Brandwunden im Gesicht zu, so trifft die verfassungsmäßigen Vertreter der Stadtgemeinde eine Fahrlässigkeit. Sie hätten sich bei Anwendung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt sagen müssen, daß durch eine derartige Anlage die Verletzung eines der in dem Schulzimmer sich aufhaltenden Kinder herbeigeführt werden könnte. Sollte eine Schutzvorrichtung bei Heizanlagen in Schulzimmern allgemein nicht üblich gewesen sein, so würde ein Mißbrauch vorliegen, auf den sich die Beklagte nicht berufen könnte; unerheblich ist, daß außer dem Unfall des Klägers sonstige Unfälle nicht vorgekommen sind. Fehl geht auch die Rüge, die Beklagte habe nicht vorhersehen können, daß ein Schüler mit dem Gesicht die Heizrohre berühren werde. Daß der schädliche Erfolg in allen seinen Einzelheiten vorausgesehen werden konnte, ist zum Begriff der Fahrlässigkeit nicht erforderlich; es genügt, daß die Gefahr



irgendeiner Verletzung eines der im Schulzimmer sich aufhaltenden Kinder vorausgesehen werden konnte. (R. G. VI, 2. November 1908.)

D. R. Sp. 698. Entsch. Nr. 3790.

§ 823.

Ein Arzt, der ohne die erklärte oder doch mutmaßliche Einwilligung des Leidenden oder seines gesetzlichen Vertreters einen operativen Eingriff vornimmt, macht sich einer widerrechtlichen Körperverletzung im Sinne des § 823, 1 B. G. B. schuldig. Ob die Operation mit völligem Erfolge gelungen ist, kommt für die Schadenspflicht aus § 847 B. G. B. gleichfalls nicht in Betracht. Für die Haftung des Arztes ist aber immer Voraussetzung, daß er bei Vornahme der Operation trotz Fehlens einer gültigen Einwilligung schuldhaft handelt. Vorsatz liegt vor, wenn der Arzt weiß, daß die Einwilligung fehlt. Ein wenigstens eventueller Vorsatz kann dann angenommen werden, wenn der Arzt sich um das Vorhandensein der Zustimmung überhaupt nicht gekümmert hat. Hat der Arzt im guten Glauben gehandelt, die Einwilligung zu besitzen, so kommt es darauf an, ob der Irrtum entschuldbar ist. In diesem Falle würde es an der subjektiven Widerrechtlichkeit fehlen, andernfalls aber würde der Arzt in der Richtung der Widerrechtlichkeit fahrlässig gehandelt haben (vergl. Oertmann, Schuldverh., § 823 Bem. 8; Staudinger, B. G. B. § 823 C Nr. 42). (R. G. VI, 27. Mai 1908.)

D. R. Sp. 467. Entsch. Nr. 2666.

§ 823.

Bei dem auf eine körperliche Verletzung gegründeten Anspruch kann die Zwangslage, in welche der Beschädigte durch die Weigerung des Schadenersatzpflichtigen gesetzt wird, den Anspruch im Rechtswege zu verfolgen, die Wirkung haben, daß der Schaden vergrößert wird. In solchem Falle ist dem Schadenersatzpflichtigen zwar vom Standpunkt des Rechts kein Vorwurf zu machen, wenn er es auf den Rechtsstreit ankommen läßt, aber er tut dies insoweit auf seine Gefahr. Auch nach dem B. G. B. ist davon auszugehen, daß der ursächliche Zusammenhang zwischen einem bestimmt zu vertretenden Ereignisse und einem schädlichen Erfolge im Rechtssinne zunächst voraussetzt, daß ein ursächlicher Zusammenhang im natürlichen Sinne zwischen beiden vorliege, d. h. daß der Schaden ohne das Ereignis nicht eingetreten wäre, daß aber hierzu noch die Erfüllung eines weiteren Erfordernisses treten muß, daß es sich nicht um rein zufällige Folgen handeln darf, die für die Entstehung des Schadens an sich ganz ohne Bedeutung geblieben wären, auch wenn sie im gegebenen Falle infolge einer Verkettung der Umstände durch das ursprüngliche schadenbringende Ereignis ermöglicht worden sind. Dieses Erfordernis läßt sich aber in einer die beiderseitigen Interessen gleichmäßig berücksichtigenden Weise nur dahin feststellen, daß der nur mittelbar eingetretene Erfolg nicht in einem so entfernten Zusammenhange mit dem ursprünglichen Ereignisse stehen darf, daß er nach der Auffassung des Lebens vernünftigerweise nicht mehr in Betracht gezogen werden kann. Im vorliegenden Fall ist nun erwiesen, daß durch den Unfall neben der akuten körperlichen Verletzung der Klägerin auch ein Nervenleiden bei ihr verursacht und daß dieses dann durch die Aufregungen des Rechtsstreits, durch die bedrängte Vermögenslage, in die sie durch die Verweigerung des von ihr geforderten Schadenersatzes von seiten der Beklagten versetzt worden, noch erheblich gesteigert worden ist. Demgemäß lag die Sache so, daß durch den Unfall der Schadenersatzanspruch der Klägerin und durch die Weigerung der Beklagten, diesem zu genügen, der Rechtsstreit über den Anspruch verursacht worden ist, daß dies aber wieder eine beträchtliche Verschlimmerung des zunächst durch den Unfall hervorgerufenen Nervenleidens der Klägerin zur Folge gehabt hat. Daß die Möglichkeit des Eintritts dieser Folge so fern gelegen hätte, daß sie nach der Auffassung des Lebens als Folge vernünftigerweise nicht mehr in Betracht gezogen werden könnte, läßt sich nicht behaupten, wenn auch in Fällen der hier vorliegenden Art die Frage des ursächlichen Zusammenhanges mit ganz besonderer Sorgfalt geprüft werden muß. (R. G. III, 19. Juni 1908.)

D. R. Sp. 537. Entsch. Nr. 3022.

§§ 823, 824, 826.

Der Arzt haftet nicht aus einem bedingt (nämlich durch die Richtigkeit der unterbreiteten Tatsachen) abgegebenen Gutachten. Der Beklagte würde, wenn ihm die Unzuverlässigkeit des ihm unterbreiteten Tatsachenmaterials bekannt gewesen wäre, wahrscheinlich und vernünftigerweise die Erstattung des Gutachtens abgelehnt haben. Daß es aber, zumal wenn ein Irrenarzt den anderen um ein solches Gutachten angeht, irgendwie rechtlich bedenklich sein sollte wenn ein Psychiater auf Grund eines ihm schriftlich unterbreiteten Tatsachenmaterials eine Begutachtung übernimmt, die ausdrücklich als durch die Richtigkeit dieses Tatsachenmaterials bedingt bezeichnet wird. und deutlich hervorhebt, daß die Beurteilung sich nur auf diese stütze, kann nicht zugegeben werden,



Auch die Ermächtigung zum Gebrauche, zumal einem anderen Arzte gegenüber, war unbedenklich, selbst wenn der Beklagte wußte, daß die Verwandten des Klägers das Gutachten als Unterlage für einen Entmündigungsantrag benutzen wollten, und wenn er von der feindlichen Stellung der Verwandten zum Kläger Kenntnis hatte. Die Entmündigung setzte ja eine Beweisaufnahme über das Tatsachenmaterial und jedenfalls die persönliche Vernehmung des Klägers durch Sachverständige nach § 654 Z. P. O. voraus; das vorläufige Gutachten des Beklagten hatte, da es nur auf einem Berichte Dritter, nicht auf eigener Untersuchung beruht, nicht einmal den Wert des in § 649 Z. P. O. gedachten Zeugnisses; es ist nur Informationsmaterial nach § 647. (R. G. VI, 29. Juni 1908.) D. R. Sp. 564. Entsch. Nr. 3126.

§ 827.

Hat jemand, der gegen die Folgen körperlicher Unfälle versichert ist, sich im Rauschzustande einen Unfall zugezogen, so kann die Versicherungsgesellschaft sich ihrer Entschädigungspflicht nicht unter Berufung auf § 827 B. G. B. entziehen, sie hat vielmehr Entschädigung zu leisten, sofern nicht vertraglich die Entschädigungspflicht für solche Unfälle ausdrücklich ausgeschlossen ist. (R. G. VII, 8. Mai 1908.)

D. R. Sp. 397. Entsch. Nr. 2328.

§ 831.

Behauptet ein Gefangener, daß er in einem staatlichen Gefängnis durch fehlerhafte Behandlung seitens des Anstaltsarztes in seiner Gesundheit geschädigt und dadurch erwerbsunfähig geworden sei, so genügt der dieserhalb in Anspruch genommene Fiskus dem nach § 831, 2 zugelassenen Entlastungsbeweis, wenn er dartut, daß er eine mit staatlicher Approbation zur Ausübung der Heilkunde versehene Person als Anstaltsarzt angestellt habe, es sei denn, daß der Beschädigte besondere Umstände nachweist, welche die Unzuverlässigkeit des Anstaltsarztes dartun. Wer die staatliche Approbation zur Ausübung der Heilkunde erlangt hat, der kann an sich als eine zur Ausübung derselben geeignete Person ohne weiteres angesehen werden, und es müssen besondere Umstände hervorgetreten sein, wenn dies verneint werden soll. Das Nichtvorliegen solcher Umstände nachzuweisen liegt nicht dem Beklagten ob. (R. G. III, 23. Oktober 1908.)

D. R. Sp. 663. Entsch. Nr. 3606.

§ 831.

Dem Gericht müssen diejenigen Tatsachen unterbreitet werden, die ihm ein Urteil darüber ermöglichen, ob die bestellte Person zu der ihr übertragenen Verrichtung nach ihrer Befähigung und Verläßlichkeit geeignet war, oder ob wenigstens nach Lage der Sache der, welcher die Person zu der Verrichtung bestellt hat, sie ohne Verschulden als geeignet ansehen durfte. (O. L. G. Naumburg, 8. Jan. 1908.)

D. R. Sp. 89. Entsch. Nr. 514.

§ 832.

Eine Haftung besteht nicht, wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde. (R. G. VI, 16. Dezember 1907.)

D. R. Sp. 89. Entsch. Nr. 515.

§ 843 B. G. B. und § 287 Z. P. O.

Ist anzunehmen, daß sich der körperliche Zustand des Verletzten mit der Zeit bessert, so ist es nicht unzulässig, bei der Abstufung der für verminderte Erwerbsfähigkeit zuzusprechenden Rente, die nach den Erfahrungen des Reichsversicherungsamtes aufgestellte Schadensskala für die Berechnung der prozentualen Besserung des Erwerbsstandes eines Verletzten entsprechend anzuwenden. (R. G. VI, 12. Dez. 1907.)

D. R. Sp. 99. Entsch. Nr. 576.

§ 847.

Das Schmerzensgeld umfaßt auch die Entschädigung für erlittene psychische Nachteile.

D. R. Sp. 494. Entsch. Nr. 2822.

§ 1333.

Das Überstehen einer Krankheit ist etwas Vorübergehendes und kann den Begriff einer bleibenden Eigenschaft einer Person nicht erfüllen. Ebensowenig stellt eine vorübergehende Geistes- oder Gemütsstörung oder eine bloße Anlage zur Geisteskrankheit eine Eigenschaft im Sinne des § 1333 dar. Auch eine bloße geistige Minderwertigkeit kann regelmäßig zur Anfechtung der Ehe wegen Irrtum nicht genügen. Allein im vorliegenden Falle handelt es sich um mehr. Bei der Beklagten war zur Zeit der Eheschließung eine dauernde Störung auf intellektuellem Gebiete vorhanden, welche dadurch eine besondere Bedeutung gewonnen hatte, daß eine schwere Erkrankung an Chorea (Veitstanz) hinzugekommen war. In Verbindung mit dieser Erkrankung bedeutete die geistige Schwäche mehr als eine bloße Minderwertigkeit. Daß die Beklagte eine gewisse geistige Schwäche hatte, hat der Kläger, der nur kurze Zeit verlobt war, bald nach Eingehung der Ehe erkennen müssen. Was er aber nicht sogleich erkennen konnte, war der besondere Umstand, daß die Beklagte längere Zeit an Chorea erkrankt gewesen war, was in Verbindung



mit dem Grundleiden eine besondere und erheblich schwerere Krankheitsform geschaffen hatte. Mit Recht nimmt das Berufungsgericht auf Grund des Gutachtens an, daß das Bestehen eines derartigen Leidens einen Mann bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe sehr wohl von Eingehung der Ehe abhalten konnte. Es kommt hierfür in Betracht, daß eine Wiederkehr der Choreakrankheit und ein schädlicher Einfluß dieses Krankheitszustandes auf die Nachkommenschaft der Mutter zu besorgen ist. Die objektive Erheblichkeit des Irrtums kann hiernach nicht zweifelhaft sein. (R. G. IV, 13. Febr. 1908.)

D. R. Sp. 203. Entsch. Nr. 1212.

§ 1353, 2.

Hat sich bei einer von ihrem Ehemann getrennt lebenden, an erheblicher Nervenschwäche und an Zuckerkrankheit leidenden Ehefrau der Glaube, von ihrem Ehemann schlecht behandelt zu sein, in solchem Maße festgesetzt, daß für sie bei Erneuerung des Zusammenlebens Aufregungen unausbleiblich sind, und ist zu befürchten, daß solche Aufregungen eine Verschlimmerung ihres Leidens, insbesondere der Zuckerkrankheit, und eine Verkürzung der Lebenszeit zur Folge haben würden, so ist das Verlangen des Ehemanns nach Herstellung der ehelichen Gemeinschaft nicht berechtigt. Der Kläger muß auf seine Ehefrau die Rücksicht nehmen, daß er sie nicht durch das Verlangen der Rückkehr der Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung und Verkürzung des Lebens aussetzt. Ein solches Verlangen ist mit der rechten ehelichen Gesinnung nicht vereinbar und stellt sich als Mißbrauch des ehemännlichen Rechts dar, ohne Unterschied, ob die Krankheit infolge des ehelichen Zusammenlebens schon vor der Trennung oder erst nachher entstanden ist. (R. G. IV, 6. Juli 1908.)

D. R. Sp. 567. Entsch. Nr. 3136.

§ 1353.

Völlig ungerechtfertigter Übergang von der Herstellungs- zur Scheidungsklage kann die Annahme eines Rechtsmißbrauchs hinsichtlich des eventuell aufrecht erhaltenen Herstellungsverlangens begründen. Das Berufungsgericht hat aus dem Verhalten des Klägers mit Recht entnommen, zur Zeit fehle ihm die Kraft und der Wille, seine kranke (hysterische) Frau im Falle der Rückkehr mit der durch ihren Gesundheitszustand gebotenen Geduld und Nachsicht zu behandeln. Die Meinung der Revision, die Entscheidung des Berufungsgerichts führe zu einem lebenslänglichen Getrenntleben der Ehegatten, ist nicht zutreffend. Einem von Rechtsmißbrauch freien späteren Verlangen der Herstellung einer dem Wesen der Ehe entsprechenden Gemeinschaft steht die ergangene Entscheidung nicht entgegen. (R. G. IV, 1. Juni 1908.) D. R. Sp. 469. Entsch. Nr. 2676.

(Fortsetzung folgt.)

Sozialhygienische Kastration.

Wie der unlängst erschienene (16.) Jahresbericht der schweizerischen kantonalen Irrenanstalt in Wil ausführlich mitteilt, ist dort im Laufe des Berichtsjahres an vier Geisteskranken zur Beseitigung eines abnormen Geschlechtstriebes, welcher die Internierung veranlaßt hatte, mit Erfolg die Kastration ausgeführt worden.

Bei diesen vier Fällen handelte es sich zweimal um Nymphomanie bei Mädchen, einmal um Satyriasis bei einem Manne und einmal um Homosexualität bei einem Manne. Die beiden Mädchen hatten je zwei uneheliche Kinder, welche den Gemeinden zur Last lagen. Die Gemeinden hatten sich bislang der Entlassung der Mädchen widersetzt unter Hinweis auf die Gefahr erneuter Schwängerung derselben. Bei den Männern sollte durch die Operation der Wiederholung von Sittlichkeitsverbrechen, wie sie solche bereits an Kindern verübt hatten, vorgebeugt werden.

Die Kastration geschah mit Einverständnis der Geisteskranken und mit Einwilligung der Angehörigen und zuständigen Behörden. Einer der beiden Männer — ein moderner Origenes — hatte mit Selbstentmannung gedroht, falls er nicht kastriert wurde. Alle vier Patienten konnten entlassen werden und hielten sich in der Freiheit gut.

Man darf die Anstaltsleitung zu diesem bahnbrechenden Vorgehen aufrichtig beglückwünschen.

Im modernen Europa geschieht damit zum ersten Male die Kastration aus sozialhygienischen Gründen. In längst vergangener Zeit gab es ja in Schottland ein Gesetz zur Kastrierung Geisteskranker, Epileptischer und anderer Kranker, von denen man eine Vererbung des Leidens auf Nachkommen befürchtete. Vorgeschrieben ist sie für unverbesserliche, namentlich sexuelle Verbrecher und für Blöde im Staate Indiana durch Gesetz vom 9. März 1907; es sollen dort bereits mehrere hundert gesetzliche Kastrationen ausgeführt worden sein. Die Versammlung der schweizerischen Irrenärzte hat sich 1905 ohne Widerspruch für die soziale Sterilisierung von Geisteskranken und für die gesetzliche Regelung der Materie ausgesprochen (siehe diese Zeitschrift, Bd. VII, S. 141). In Deutschland hat sich Med.-Rat Dr. Näcke (Hubertusburg) um die Propagierung dieser Idee sehr verdient gemacht (ebenda S. 269).

Es ist zu hoffen, daß dieses Mittel, unglücklich veranlagten Naturen die Detention sei es in der Irrenanstalt oder im Gefängnis zu ersparen, recht weite Verbreitung findet. Wo, wie in obigen Fällen, das Einverständnis der passiv beteiligten Person selbst



und der maßgebenden Angehörigen und Behörden vorliegt, ist die Sache sehr einfach. Bei Personen, welche das Verfügungsrecht über sich selbst haben, bedarf es nicht einmal vormundlicher oder behördlicher Mitwirkung. Andererseits gibt es wenn auch seltene Fälle, wo mit dem Zwange des Gesetzes gegen den Willen des Individuums die Kastration ausgeführt werden müßte, wenn das Interesse der Allgemeinheit es fordert. Auf den ersten Blick mag die Sache fürchterlich scheinen. Aber was ist die Kastration gegen lebenslängliches Zuchthaus oder gar gegen die tödlich verlaufende Operation, welche der Gesetzgeber für den Mörder vorgeschrieben! Und blicken wir doch über das weite Feld der Kulturgeschichte! Denken wir an die Eunuchen des Harems, daran, was einst Päpste sich für ihre Kapelle ad majorem dei gloriam glaubten leisten zu können, denken wir an die seelische, sozusagen unblutige Kastration, der in Form des Zölibats aus religiösen Motiven schon seit Buddha's Zeiten Priester, Mönche u. dergl. sich unterziehen müssen! Sollte da die Gesetzgebung schüchtern verschämt davor zurückschrecken, die Kastration für einen gesundheitlichen und wirklich sittlichen Zweck zuzulassen? Sollte man da dem modernen Gesetzgeber nicht wenigstens etwas von dem Verstand und der Energie der Königin Semiramis wünschen, welche durch das Gebot der Kastration siecher Männer ihr Land vor Krüppeln und Idioten zu bewahren strebte?

Hier fällt mir als eins unter mehreren anderen das Kloster Eberbach ein. Vor Jahrhunderten hörte man in seinen Räumen fromme Kastratenchöre. Heute dient es als Zuchthaus. Wird dort bald das Frohlocken manch eines Sittlichkeitsverbrechers vernehmbar sein, der, durch Kastration von seinem verderblichen Hang befreit, zuversichtlich in die Freiheit zurückkehrt?

Im nachstehenden wird die Schilderung der obigen vier Fälle unverkürzt aus dem Jahresbericht der Irrenanstalt in Wil wiedergegeben. Dr. Bresler.

„Vier Pfleglinge wurden nach reiflicher Überlegung kastriert.

Beim ersten Fall handelte es sich um ein 25 jähriges Mädchen, das an Epilepsie mit zeitweisen heftigen Tobsuchtsanfällen litt; dazu zeigte es in ausgesprochener Weise Nymphomanie und hatte sich schon zweimal schwängern lassen. Die Kinder sind ebenfalls epileptisch und befinden sich blödsinnig im Armenhause ihrer Heimatgemeinde. Die körperlich kräftige und die meiste Zeit arbeitsfähige Patientin verlangte nach zweijährigem Anstaltsaufenthalte, während welchem ihre Nymphomanie stets ein Grund für peinlich genaue Überwachung zum Zwecke der Verhinderung neuer Schwängerung bildete, ihre Entlassung, indem sie mit Grund behauptete, daß sie ja meist arbeitsfähig sei und ihr Brot selbst verdienen könne und deshalb gern ihre Freiheit hätte. Es wurde ihr die Kastration vorgeschlagen und sie über diese Operation genau aufgeklärt; sie war sofort damit einverstanden und nachdem dazu auch das Einverständnis ihrer Angehörigen und der zuständigen Behörden eingeholt worden war, wurde die Operation von kundiger Hand auf der gynäkologischen Abteilung des Kantonsspitals ausgeführt. Nachdem sich die Patientin von der Operation im Asyl noch vollständig erholt, wurde sie körperlich kräftig und arbeitsfähig entlassen und verdient nun schon ein halbes Jahr ihr Brot selbst und ist mit ihrem Zustand sehr zufrieden.

Wenn man bedenkt, daß ohne diesen Eingriff die Patientin dauernd unter genauer Überwachung hätte interniert werden müssen, da sie wegen ihrer Nymphomanie eine beständige soziale Gefahr bildete, so muß diese Operation als eine segensreiche bezeichnet werden.

Der zweite Fall ist diesem ersten ganz ähnlich: er betrifft ein 36 jähriges Mädchen, von dem zwei uneheliche Kinder der Gemeinde zur Last fallen. Sie selbst leidet an angebornem Schwachsinn mit zeitweisen Aufregungszuständen und sehr stark ausgesprochenem Sexualtrieb; daneben ist sie eine geschickte Arbeiterin. Sie befand sich schon drei Jahre im Asyl, nachdem sie auch in der Bitzi einen Aufenthalt durchgemacht hatte, und verlangte beständig ihre Entlassung, um ihr Brot selbst zu verdienen. Wegen der stets drohenden Gefahr neuer Schwängerung konnte die Gemeinde sich nicht entschließen, diesem Gesuch zu entsprechen. Nach vorgenommener Kastration, mit der sich die Patientin sofort einverstanden erklärte und zu der auch die Behörden ihre Zustimmung gaben, konnte sie entlassen werden und ihr Brot selbst wieder verdienen.

Die Untersuchung der Ovarien dieser beiden Patienten durch den pathologischen Anatomen ergab kleinzystische Degeneration.

Der dritte Fall betrifft einen 31 jährigen körperlich gut gebauten Mann, der seit seinen Jugendjahren zahlreiche psychische Abnormitäten zeigte: Hang zur Tierquälerei, zur Lüge, zu ruchlosen Streichen gegenüber Erwachsenen. Im Pubertätsalter entwickelte sich sein Sexualtrieb zu krankhafter Intensität, zur wahren Satyriasis; dazu trat bei ihm unwiderstehlicher Hang zum Alkoholmißbrauch auf, infolgedessen er an Säuferwahnsinn erkrankte und in alkoholisiertem Zustande sich zahlreiche Vergehen gegen die Strafgesetze zuschulden kommen ließ, so daß eine Strafe der andern folgte — wegen Amtsanmaßung, wegen Ungehorsam, wegen Fälschung, Betrug und Unterschlagung, wegen Diebstahl im dritten Wiederholungsfall hatte er acht Freiheitsstrafen erhalten —, dann kam er wegen grober unsittlicher Handlungen mit Minderjährigen zur Beobachtung und zur Begutachtung in das kantonale Asyl in Wil.

Die Beobachtung im Asyl ergab das Bestehen einer ausgeprägten psychischen Degeneration besonders auf dem Gebiete des Trieblebens mit starker Verschlimmerung durch den Alkoholmißbrauch. Die Folgen des letztern schwanden bei längerem Anstaltsaufenthalt, von der ersteren machte sich aber immer wieder bei jeder Gelegenheit die Satyriasis bemerkbar, so daß Patient zuletzt, als alle angewandten Mittel sich erfolglos erwiesen hatten, dringend die Kastration verlangte, die dann auch angesichts der völligen Aussichtslosigkeit des Zustandes auf Besserung mit der Zustimmung seiner Eltern und der zuständigen Behörden ausgeführt wurde. Da diese Operation auf



den Sexualtrieb einen günstigen Einfluß ausübte, wurde Patient im Frühling dieses Jahres auf Wohlverhalten hin beurlaubt. Er machte sich zwar ziemlich rasch wieder eines Diebstahls schuldig; auf sexuellem Gebiete, auf welchem seine hauptsächliche Gemeingefährlichkeit besteht, ließ er sich bis jetzt nichts zuschulden kommen. Es hat also die Operation als Ultimum refugium auch in diesem Falle gut gewirkt.

Der vierte Fall betrifft einen 32 jährigen, in gewisser Hinsicht geistig sehr regsamen und gut begabten Mann mit Homosexualität. Der Sexualtrieb erwies sich schon früh als übermächtig und führte zu unsittlichen Handlungen mit minderjährigen Personen des gleichen Geschlechtes und wegen Unzurechnungsfähigkeit in bezug auf die begangenen Delikte zur Versetzung in die Irrenanstalt. Nach vierjährigem Aufenthalt schien der Zustand sich so gebessert zu haben, daß ein Versuch der Entlassung gewagt werden durfte. Nach 1½ jährigem delikt-freiem Intervall trat wieder ein Rückfall auf, der ihn in die Strafanstalt führte, aus welcher entlassen er nach einem Vierteljahr schon wieder rückfällig wurde. Ins Asyl zurückversetzt, verlangte Patient nach reiflicher Überlegung ganz energisch die Kastration mit der Drohung, sie an sich selbst auszuführen, wenn seinem Verlangen nicht entsprochen werde. Da diese Operation nach objektiver Beurteilung des Falles als das einzige Mittel blieb, das Aussicht auf Erfolg versprach, wurde sie im Einverständnis mit den Angehörigen des Patienten und den zuständigen Behörden ausgeführt, und vom Moment der Operation gab der Patient an, frei von seinem Trieb zu sein. Er wurde dann im Herbst des Jahres 1907 unter ärztlicher Aufsicht beurlaubt und fühlt sich bis jetzt frei von seiner früheren Abnormität.

Wenn sich unsere Hoffnung erfüllt, daß sein Zustand auch in Zukunft so bleibt, so muß diese Operation als eine der segensreichsten erklärt werden.

Es versteht sich von selbst, daß dieses Mittel nur als Ultimum refugium, nachdem alle übrigen Behandlungsmethoden sich als erfolglos erwiesen haben, nach reiflichster und gründlichster Beurteilung und im Einverständnis mit den Kranken, ihren Angehörigen und den Behörden angewendet werden darf."

Mitteilungen.

— **Die XXXIV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird in diesem Jahre am 22. und 23. Mai zu Baden-Baden im Konversationshause abgehalten werden.

Wir bitten Vorträge recht bald, spätestens bis zum 12. Mai bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen.

Mit kollegialem Gruß
Nissl. Laquer.

— Berliner Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus. **Wissenschaftliche Kurse zum Studium des Alkoholismus.** Abgehalten in Berlin vom 13.—17. April 1909 in der Kgl. Friedrich-Wilhelm-Universität, Baracken-Auditorium. Anträge auf Teilnehmerkarten (5 M. für den Gesamtkursus von 18 Stunden, 50 Pf. für die einzelne, 75 Pf. für die Doppelstunde) und Programme, Anfragen oder Anmeldungen sind zu richten an die Geschäftsstelle des Zentralverbandes zur Bekämpfung des Alkoholismus z. H. von Frau Liska Gerken-Leitgebel, Friedenau, Rubenstr. 37, oder an die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, Berlin W. 15.

Programm der Vorlesungen.

Dienstag, 13. April. 9½: Eröffnungsansprache: Seine Magnificenz Geh. Justizrat Prof. Dr. Kahl. 9¾: Einleitung: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner, Berlin. 10—12: Der Alkohol als Ursache von Minderwertigkeiten im Leibes- und Seelenleben der Jugend: Direktor Trüper, Jena.*) Abends 8—10: Alkohol und soziale Verhältnisse: Pastor D. Weber, München-Gladbach.

Mittwoch, 14. April. 10—12: Alkohol und Nervenkrankheiten: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Eulenburg, Berlin. Abends 8—10: Arbeiterversicherung u. Alkoholismus: Landesversicherungsrat Hansen, Kiel.

Donnerstag, 15. April. 10—11: Die Psychotherapeutische Behandlung von Alkoholkranken in der modernen Spezialanstalt: Direktor Dr. Kapff, Waldfrieden. 11—12: Fürsorge und Vorsorge bei Trunkgefährdeten: Pfarrer Neumann, Mündt b. Titz. Abends 8—9: Volkszucht und Trinksitte: Dr. med. Rösler, Reichenberg. 9—10: Strafe und Strafvollzug in bezug auf Alkoholismus: Strafanstaltsdirektor Schwandner, Ludwigsburg.

Freitag, 16. April. 10—11: Sozial-ethische Wirkungen der Schankkonzessionssteuer: Syndikus Dr. jur. Hauswald, Stralsund. 11—12: Der Alkoholismus auf dem Lande: Generalsekretär Gonser, Berlin. Abends 8—10: Alkohol als Heilmittel: Prof. Dr. med. Rosenfeld, Breslau.

Sonnabend, 17. April. 10—12: Der neueste Versuch der Regelung des Schankgewerbes in England: Wirkl. Geh. Oberreg.-Rat Senatspräsident Dr. Dr. von Strauß und Torney, Berlin. 12—12½: Schlußwort: Senatspräsident Dr. jur. Dr. med. von Strauß und Torney, Wirkl. Geh. Oberreg.-Rat.

Führung durch sozial-hygienische Einrichtungen an den Nachmittagen.

gez. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner, Berlin,
Leiter der wissenschaftlichen Kurse.

*) Wäre es nicht möglich gewesen für dieses Thema eine medizinische Autorität zu gewinnen? Red.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 3. 10. April **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Zur Reform des § 493 StPO. Von Dr. Falkenberg-Herzberge. (S. 21.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VIII. Aus der Literatur des Jahres 1908 zusammengestellt. Von Privatdozent Dr. G. Voß. (Fortsetzung.) (S. 25.) — Mitteilungen. (S. 27.) — Personalnachrichten. (S. 28.)

Zur Reform des § 493 StPO.

Von Dr. *Falkenberg*-Herzberge.

Der § 472 des Entwurfs einer Strafprozeßordnung *) unterscheidet sich von dem bisherigen § 493 StPO.**), den er ersetzen soll, so wenig, daß aller Voraussicht nach Preußen dabei bleiben wird, in den Fällen, wo die Unterbringung eines in Geisteskrankheit verfallenen Strafgefangenen in einer öffentlichen Irrenanstalt erforderlich wird, den Strafvollzug zu unterbrechen und die Dauer des Irrenanstaltsaufenthaltes dem Verurteilten auf die Strafzeit nicht anzurechnen. Dieses Verfahren, dessen gesetzliche Zulässigkeit von fast allen Juristen anerkannt ist, hat scharfe Kritik von seiten der Irrenärzte erfahren, deren Mehrzahl unterschiedslose Anrechnung der in der Irrenanstalt verbrachten Zeit auf die Strafzeit des Verurteilten verlangte. Dem gegenüber haben Spliedt ***) und Moeli †), der die Nachteile des bisherigen Verfahrens für eine Reihe Erkrankter ebenfalls ohne weiteres anerkennt, mit — wie mir scheint — überzeugenden Gründen darauf hingewiesen, daß die unbedingte Anrechnung jeder Anstaltsbehandlung keineswegs für alle Kranke ausnahmslos ein Vorteil sei. Die Erkenntnis von der Nutzlosigkeit des Anstaltsaufenthaltes für die Strafdauer erleichtere es jetzt manchen Kranken, sich in ihre Lage zu fügen und sich in ihrer Haltung tunlichst zu beherrschen; auch die erziehliche Wirkung, die von der Aussicht auf Rückführung in die Haft zur Erledigung der Strafe ausgehe, sei nicht außer Acht zu lassen; die unbeschränkte Anrechnung der Anstaltsbehandlung würde diesen günstigen Einfluß ausschließen; es brauche dann gar keine Simulation im engeren Sinne zu sein, wenn mancher, wahnhaften Einbildungen ausgesetzte, berufsmäßige Eigentumsverbrecher sein Strafende lieber in der Krankenanstalt herankommen lasse, wo auch bei schärfstem Abschlusse doch die Monotonie, die Disziplin usw. des Gefängnisses angenehm vermißt werde. Die unbedingte Anrechnung der Dauer des Anstaltsaufenthaltes in die Strafzeit könne also je nachdem Vorteile oder Nachteile für den Kranken haben. Außerdem müßte grundsätzlich daran festgehalten werden, alles zu vermeiden, was bei dem Publikum auch nur entfernt den Glauben erwecken könne, daß zwischen der Behandlung in einer Irrenanstalt und dem Aufenthalt in Haft irgendwelche Verwandtschaft bestände.

Diese Anschauungen Moelis fanden jüngst bei der Diskussion des Marxschen Vortrages: „Über Haftfähigkeit“ *) erfreuliche Zustimmung; nur über die Mittel und Wege, wie ihnen in der Praxis Geltung verschafft werden könnte, gingen die Meinungen auseinander. Ich selbst hielt es damals, von dem Gedanken ausgehend, daß ein Versuch, Preußen auf dem Umwege über die Reichsgesetzgebung zu einer

*) § 472 des Entwurfs lautet: Wird der Verurteilte nach [de]m Beginne der Vollstreckung in eine von der Strafanstalt [get]rennte Krankenanstalt gebracht, so ist die Dauer des Aufent[hal]ts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, es [sei] denn, daß der Verurteilte die Krankheit vorsätzlich herbei[gef]ührt hat — Soll die Einrechnung nicht stattfinden, so ist [die] Entscheidung des Vollstreckungsgerichts herbeizuführen.

**) § 493 StPO.: Ist der Verurteilte nach Beginn der [Str]afvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafan[stal]t getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die [Dau]er des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit [einz]urechnen, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die [Stra]fvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeige[füh]rt hat. Die Staatsanwaltschaft hat in letzterem Falle eine Ent[sche]idung des Gerichts herbeizuführen.

***) Psych. Neurol. Wochenschrift IX, S. 272.

†) Monatsschrift für Kriminalpsychologie, 1908, V, 165 ff.

*) Ärztl. Sachverst. Ztg. 1909, XV, S. 45 ff. u. S. 59 ff.



Änderung seines Verfahrens zu zwingen, wenig aussichtsvoll sei, für möglich, auf eine Änderung der Strafprozeßordnung zu verzichten, und schlug vor, bei den zuständigen Stellen Preußens darauf hinzuwirken, daß die Staatsanwaltschaften angewiesen würden, in jedem Fall zu prüfen, ob die Unterbrechung der Strafvollstreckung und die daraus folgende Nichtanrechnung der in der Irrenanstalt verbrachten Zeit auf die Strafzeit dem Verurteilten erhebliche, außerhalb des Strafzwecks liegende Nachteile bringen würde. Je nach dem Ausfall dieser Prüfung — event. nach Einholung von Sachverständigengutachten — sollte Unterbrechung oder Nicht-Unterbrechung des Strafvollzuges angeordnet werden. Gegen diesen Vorschlag machte Straßmann geltend, daß es im wesentlichen verwaltungsrechtliche Schwierigkeiten seien, die dazu geführt haben, in Preußen abweichend von anderen Bundesstaaten das jetzt übliche Verfahren einzuschlagen. In Preußen sei die Irrenfürsorge nicht Sache des Staates, sondern der Provinzen, die sich weigern würden, die Kosten für einen Kranken zu übernehmen, für den der Staat zu sorgen hat, während umgekehrt sich der Staat weder für verpflichtet noch für berechtigt halte, für jemand einzutreten, der geisteskrank und strafvollzugsunfähig sei.

Dieser Einwurf muß als berechtigt anerkannt werden; jedenfalls ist die vorgeschlagene Änderung auf dem Wege ministerieller Verfügung allein nicht durchführbar. Es entsteht sogar die weitere Frage, ob die verwaltungsrechtlichen Schwierigkeiten in Preußen nicht noch weit größer sind und sich nicht nur auf die Frage beschränken, wer die Kosten für den Anstaltsaufenthalt eines noch der Strafvollstreckung unterliegenden Geisteskranken zu tragen hat, sondern auch die Frage umfassen, ob in Preußen die Provinzen überhaupt verpflichtet sind, derartige Geisteskranke in ihre Anstalten aufzunehmen.

In Preußen ist die Verpflichtung der Provinzen zur Aufnahme gemeingefährlicher Geisteskranker (— und um solche wird es sich bei Anwendung des § 493 wohl stets handeln —) abhängig von dem Vorliegen bestimmter, in der Gesetzgebung festgelegter Voraussetzungen. Diese sind, soweit sie armenrechtlicher Natur sind, enthalten in den bekannten Bestimmungen des Gesetzes vom 11. Juli 1891, wonach die Landarmenverbände verpflichtet sind, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken etc., soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Unabhängig von dieser armenrechtlichen Verpflichtung gibt es aber noch eine auf das Allgemeine Landrecht und die Dotationsgesetze zurückgehende Verpflichtung der Provinzen zur Aufnahme gefährlicher Geisteskranker. Das ALR. bestimmt nämlich in seinem § 341 bezw. § 344 Teil II, Tit. 18 folgendes:

§ 341: Wahn- und Blödsinnige müssen dergestalt unter beständiger Aufsicht gehalten werden, daß sie weder sich selbst, noch anderen schaden können.

§ 344: Finden der Vormund oder die Verwandten keine andere Gelegenheit, dergleichen Personen unterzubringen, so liegt dem Staate ob, dieselben in eine öffentliche Anstalt zur Verwahrung aufzunehmen.

Hier findet sich also „das Gebot einer die Sicherheit des Kranken und anderer gewährleistenden Lebenshaltung, nötigenfalls der Aufnahme in eine öffentliche Anstalt durch den Staat." (Urteil des Oberverwaltungsgerichts, II. Senat, vom 20. Juni 05.) Die Verpflichtung für das Vorhandensein derartiger Anstalten zu sorgen, ist dann 1875 durch die Dotationsgesetze auf die dotierten Kommunalverbände übergegangen, denen der Staat u. a. die „Fürsorge .... für das Irren- .... wesen" zuwies, so „wie sie bis dahin geregelt worden war und zwar gerade auch so weit, als sie nach den bestehenden Bestimmungen dem Staate obgelegen hatte" (nach dem zit. Urteil). Die dotierten Kommunalverbände haben also — unabhängig von der später ihnen auferlegten armenrechtlichen Verpflichtung —, die Pflicht, gemeingefährliche Geisteskranke in ihre Anstalten aufzunehmen, sobald die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit des § 344 ALR. Teil II, Tit. 18 vorliegen. Ist dies aber der Fall bei Geisteskranken, für welche der Anstaltsaufenthalt nicht nur gefordert wird, um sie derart unterzubringen, daß sie weder sich noch anderen schaden können, sondern auch um den Fortgang des Strafvollzuges zu sichern, der, wenn er vorher nicht unterbrochen ist, formal auch in der Anstalt weiterläuft? Die aufgeworfene Frage ist zwar eine rechtliche, zu deren Entscheidung wir Ärzte nicht zuständig sind, ihre kompetente Beantwortung ist aber von erheblicher Wichtigkeit dafür, ob wir mit einiger Wahrscheinlichkeit darauf rechnen können, daß Vorschläge, die durch strafprozessuale Vorschriften eine Unterbrechung des Strafvollzuges unmöglich machen wollen, die Zustimmung Preußens finden werden. Nur dann, wenn die Frage bejaht wird, erscheint nämlich die Unterbringung derartiger Geisteskranker in öffentlichen Anstalten ohne vorhergehende Unterbrechung des Strafvollzuges in Preußen sichergestellt: jedenfalls tritt die armenrechtliche Verpflichtung der Landarmenverbände (auf Grund des Ges. vom 11. Juli 1891) zur Aufnahme eines gemeingefährlichen Geisteskranken erst dann ein, wenn Hilfsbedürftigkeit besteht. Von Hilfsbedürftigkeit im Sinne des Gesetzes betr. den

Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 wird man aber bei einem Geisteskranken, der wenigstens formell noch Strafgefangener bleibt, dem der Staat daher den notwendigen Lebensunterhalt zu geben hat, nicht sprechen können: Erst wenn der Strafvollzug unterbrochen und der Verurteilte dadurch hilfsbedürftig geworden ist, sind die Voraussetzungen für ein armenrechtliches Eingreifen gegeben.

Erscheint dann in einem solchen Falle die Anstaltspflege nur als eine besondere für den Kranken selbst und die Erhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit nötige Form der Lebenshaltung, so ist auch die Frage nach dem Träger der Kosten des Anstaltsaufenthaltes durch die Bestimmungen des § 31 ff. des Ges. vom 11. Juli 1891 erledigt. Dem entspricht die zur Zeit als Regel geltende preußische Praxis: Unterbrechung der Strafvollstreckung, Versorgung des nunmehr hilfsbedürftig gewordenen Geisteskranken nach armenrechtlichen Grundsätzen und Nichteinrechnung der Dauer des Anstaltsaufenthaltes in die Strafzeit. Sobald aber die Unterbringung in der Anstalt nicht nur zu dem Zweck einer mit der öffentlichen Ordnung und Sicherheit verträglichen Erhaltung des Kranken erfolgt, sondern auch für bestimmte strafrechtliche Zwecke, wie die Einrechnung der Dauer des Anstaltsaufenthalts in die Strafzeit, fehlt es nach der bisherigen Gesetzgebung an einer befriedigenden Lösung der Kostenfrage.

Ungelöst erscheint die Kostenfrage auch dann, wenn die Aufnahme des im Strafvollzuge befindlichen Geisteskranken in einer Provinzialanstalt auf Grund der Dotationsgesetze mit Recht verlangt werden könnte. Die Dotationsgesetze selbst haben die Kostenfrage unberührt gelassen; der Staat als solcher hat aber, wie in dem oben angezogenen Urteil des Oberverwaltungsgerichts näher ausgeführt wird, die Übernahme der Kosten für die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker auf Grund der Bestimmungen des Allgemeinen Landrechts stets abgelehnt; die Kosten haben vielmehr, wenn auch nicht auf Grund ausdrücklicher Gesetzesvorschrift, so doch auf Grund ständiger Verwaltungspraxis als Kosten der Armenpflege gegolten, wenn die Anstaltspflege gefordert wurde als eine besondere mit Rücksicht auf die öffentliche Ordnung und Sicherheit notwendige Art der Lebenshaltung des Kranken. Anders liegt es aber in den uns hier interessierenden Fällen, in denen die Unterbringung in der Anstalt von der Strafvollzugsbehörde auch noch zu anderen Zwecken verlangt wird, die mit der strafrechtlichen Detinierung des Kranken zusammenhängen. Es dürfte doch wohl nicht angängig sein, auch die hierdurch entstehenden Kosten als Armenpflegekosten den Trägern der Armenlasten aufzubürden, andererseits ist es verständlich, daß auch der Justizfiskus ablehnt, die Kosten für einen Kranken zu übernehmen, an dem eine Strafvollstreckung im engeren Sinne doch nicht stattfindet.*)

Die verwaltungsrechtlichen Schwierigkeiten liegen also in Preußen nicht nur auf dem Gebiet der Kostenfrage, sondern auch auf dem der Unterbringung der im Strafvollzuge befindlichen Geisteskranken in öffentlichen Anstalten. Sicher gewährleistet, um das Gesagte noch einmal kurz zusammenzufassen, erscheint diese nur, soweit die armenrechtliche Verpflichtung der Landarmenverbände zur Aufnahme hilfsbedürftiger gemeingefährlicher Geisteskranker reicht. Zweifelhaft ist es, ob auch noch eine über die armenrechtliche Verpflichtung hinausgehende, auf das Allgemeine Landrecht und die Dotationsgesetze sich gründende Pflicht der Provinzen besteht, gemeingefährliche Geisteskranke, bei denen der Strafvollzug ohne Unterbrechung formal in der Anstalt weitergehen soll, in ihren Anstalten aufzunehmen. Auch die Verpflichtung zur Übernahme der Kosten für den Anstaltsaufenthalt steht nur für die Fälle fest, wo dem hilfsbedürftigen gemeingefährlichen Geisteskranken die Anstaltspflege als eine notwendige besondere Form der Lebenshaltung gewährt werden muß. Für alle übrigen Fälle, wo mit der Unterbringung des Geisteskranken auch noch andere, mit der Strafvollstreckung zusammenhängende Zwecke verfolgt werden, fehlt es an einer einwandfreien Bestimmung, wer zur Tragung der Kosten verpflichtet ist.**)

Prüfen wir nun einmal unter Würdigung dieser Gesichtspunkte die wichtigsten bisher von irrenärztlicher Seite gemachten Vorschläge zur Reform der

---

*) In einem von Bresler in dieser Wochenschrift IX, S. 282 mitgeteilten preußischen Ministerialreskript vom 7. Aug. 1825, das die Einrechnung der in einer Irrenanstalt verbrachten Zeit in die Strafzeit des Sträflings anordnet, da es sich um einen Krankheitszustand handele, „der, weil er zu den unglücklichsten gehört, den damit Behafteten mit Recht zu einem Gegenstande des höchsten Mitleidens und schonender Berücksichtigung macht", wird ebenfalls bestimmt, daß „für die diesfälligen Kosten aber nicht der Etatsfonds der Gefangenanstalt, sondern das eigene Vermögen des Sträflings, oder in Ermangelung desselben die subsidiarisch Verpflichteten aufzukommen haben." Wird sich aber hieraus eine noch jetzt gültige gesetzliche Verpflichtung der Armenverbände zur Übernahme der Kosten in einem solchen Falle ableiten lassen?? In zwei von Fries mitgeteilten Fällen (diese Wochenschrift IV, S. 282), bei denen die Strafe in der Anstalt weiterlief, sind die Unhaltungskosten von der Gerichtskasse bestritten worden.

**) Selbstverständlich handelt es sich bei allen diesen Erörterungen nur um mittellose Kranke.



Strafprozeßordnung auf ihre Durchführbarkeit in Preußen und gehen dabei zunächst von der Annahme aus, daß auf Grund der Vorschriften des ALR. und der Dotationsgesetze die Provinzen zur Aufnahme gemeingefährlicher Geisteskranker auch dann verpflichtet seien, wenn der Strafvollzug nicht unterbrochen ist. Es würde dann, wenn die Vorschläge von Aschaffenburg*) und Rixen**) Gesetz würden, zwar nicht an der Möglichkeit fehlen, solche Geisteskranke in öffentlichen Irrenanstalten unterzubringen; Preußen müßte aber vorher noch neue verwaltungsrechtliche Bestimmungen bezüglich der Kostenfrage treffen, und es wäre ferner gezwungen, wie es ja auch die genannten Autoren wünschen, sein bisheriges Verfahren in den Fällen, wo der § 493 in Frage kommt, von Grund aus zu ändern und dabei alle oben näher erörterten Vorteile der jetzigen Praxis preiszugeben. Trifft aber die gemachte Annahme nicht zu, und fehlt es an einer so weitgehenden landrechtlichen Verpflichtung der Provinzen, so ist der Vorschlag Rixens, wie schon oben gezeigt, in Preußen wenigstens für jetzt und auch wohl für absehbare Zeit undurchführbar. Das von Aschaffenburg***) gewünschte besondere Gesetz über die Versorgung gemeingefährlicher Geisteskranker, das für die Regelung der Unterbringung dieser Kranken neue Unterlagen bringen könnte, liegt doch wohl noch in weiter Ferne.

Der Vorschlag Aschaffenburgs wäre seinem Wortlaute nach auch mit einer vorangehenden formalen Unterbrechung des Strafvollzuges vereinbar; es würde unter seiner Geltung also auch die armenrechtliche Verpflichtung der Provinzen zur Aufnahme der Kranken in ihre Anstalten in Frage kommen. Die übrigen Bedenken blieben aber auch bei dieser Interpretation bestehen, und dazu träte noch das weitere, ob es juristisch möglich ist, zunächst die Strafvollstreckung zu unterbrechen und dann später eine Zeit, in der eine Strafvollstreckung auch formal nicht stattgefunden hat, doch als Strafzeit anzurechnen.

Das Gleiche gilt für den Vorschlag von Marx†), der Aschaffenburgschen Fassung noch hinzuzufügen: „auch für den Fall, daß bei der Verbringung in die Irrenanstalt die Strafvollstreckung unterbrochen war." Dieser Zusatz würde nur die Deutung der Aschaffenburgschen Formel nach der zuletzt besprochenen Richtung hin festlegen.

*) Zusatz zu § 493: „Dies gilt auch für solche Verurteilte, welche wegen Geisteskrankheit in eine Irrenanstalt gebracht werden." Bericht über die IV. Hauptvers. d. Deutsch. Med. Beamten-Vereine am 8. u. 9. Sept. 1905, S. 36.

**) Zusatz zu der Aschaffenburgschen Fassung: „Eine Strafunterbrechung findet in einem solchen Falle nicht statt." Psych. Neurol. Wochenschrift 1908, X, S. 235.

***) Monatschrift f. Kriminalpsychologie 1908, V, S. 733.

†) Ärztl. Sachverst. Ztg. 1909, XV, S. 3.

Marx*) hat dann noch einen zweiten Eventualvorschlag gemacht, dem § 472 des Entwurfs einen Zusatz des Sinnes zu geben, daß trotz Unterbrechung des Strafvollzuges eine in einer Irrenanstalt zugebrachte Zeit gleichwohl ganz oder teilweise auf die Strafdauer anzurechnen ist, wenn das Vollstreckungsgericht dies nach Anhörung von ärztlichen Sachverständigen beschließt. Ein Gerichtsbeschluß müßte dann ex officio in jedem derartigen Falle von der Staatsanwaltschaft herbeigeführt werden. Diese Formulierung bricht mit dem Zwang der unterschiedslosen Anrechnung, sie gestattet die erforderliche Individualisierung und wäre wohl auch mit den geltenden verwaltungsrechtlichen Bestimmungen vereinbar. Andererseits setzt sie aber wieder voraus, daß es rechtlich möglich ist, eine Zeit, während welcher die Strafvollstreckung ausdrücklich unterbrochen war, durch Gerichtsbeschluß ganz oder teilweise auf die Strafdauer anzurechnen. Und schließlich bleibt auch bei Bejahung dieser Möglichkeit noch die Schwierigkeit bestehen, daß die Übernahme des Marxschen Vorschlages in die Strafprozeßordnung von den übrigen Bundesstaaten verlangen würde, daß sie nur mit Rücksicht auf die besonderen preußischen Verhältnisse einer doch recht weitgehenden Änderung der strafprozessualen Vorschriften zustimmen.

Von einem allgemeineren Gesichtspunkte aus sucht Moeli**) dem Problem beizukommen. Er wünscht eine gesetzliche Anordnung, die nicht an die Einrechnung der Anstaltsbehandlung und die Unterbrechung des Strafvollzuges gebunden ist und allgemein gehalten doch die oben erörterten psychiatrischen Grundsätze wahrt. Er hält demnach eine Bestimmung für wünschenswert, die ungefähr dahin gehen würde, daß „die Verbüßung des Restes einer Freiheitsstrafe bei einem für längere Zeit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebrachten Verurteilten durch eine Entscheidung des Gerichts in Wegfall kommen kann, sofern durch die Fortsetzung der Vollstreckung bis zum Abschluß eine erhebliche und in absehbarer Zeit nicht zu beseitigende, außerhalb des Strafzwecks liegende Schädigung herbeigeführt wird." Die Aufnahme einer solchen Bestimmung würde in der Tat die psychiatrischen Wünsche erfüllen und in Preußen nicht auf verwaltungsrechtliche Schwierigkeiten stoßen; ob ihr andere juristische Bedenken entgegenstehen, (auch, ob eine solche Vorschrift eher in das Strafrecht (§ 23ff.) als in die Strafprozeßord-

*) l. c.

**) Ärztl. Sachverst. Ztg. 1909, XV, H. 3.



nung gehört), entzieht sich der ärztlichen Entscheidung. Aber ähnlich wie bei dem zweiten Marxschen Vorschlag entsteht auch hier die Frage, ob wir in dem jetzigen Stadium der Beratung des Entwurfs noch darauf hoffen dürfen, daß die gesetzgebenden Faktoren einer so tief einschneidenden, prinzipiellen Änderung ihre Zustimmung geben werden.

Nach alledem scheinen die Zweifel berechtigt, ob wir durch eine Reform der Strafprozeßordnung zu Vorschriften kommen werden, die in Preußen ohne sehr weitgehende verwaltungsrechtliche Neuerungen durchführbar sind, und die den unerwünschten Zwang vermeiden, den Anstaltsaufenthalt unterschiedslos für alle, auch für die dem großstädtischen gewerbs- und gewohnheitsmäßigen Verbrechertum angehörigen Verurteilten in die Strafzeit einrechnen zu müssen, und damit für manche dieser vielfach psychopathischen, der nötigen Hemmungen entbehrenden Persönlichkeiten den Nutzen der Anstaltsbehandlung ganz erheblich zu beeinträchtigen (Moeli). Immerhin wird sich nichts dagegen einwenden lassen, wenn wir, vorausgesetzt, daß sich die geäußerten juristischen Bedenken als hinfällig erweisen, zunächst versuchen, bei der sich jetzt bietenden Gelegenheit mittels des Moelischen oder eventl. auch zweiten Marxschen Vorschlages zu einer Änderung des preußischen Verfahrens zu gelangen. Sobald sich aber die Erfolglosigkeit dieses Versuches herausstellt, sollten wir das reiche Material, das uns die jetzige Diskussion gebracht hat, benutzen, um in Preußen selbst den Hebel zur Besserung anzusetzen. Und damit komme ich auf den Kernpunkt meines eigenen eingangs erwähnten Vorschlags zurück. Freilich würden zu seiner Durchführung, wie wir gesehen haben, außer der gewünschten ministeriellen Anweisung an die Staatsanwaltschaften auch noch neue verwaltungsrechtliche Bestimmungen bezüglich der Verpflichtung zur Tragung der Kosten des Anstaltsaufenthaltes nötig werden; auch setzt er voraus, daß von den Provinzen auf Grund der Dotationsgesetze verlangt werden kann, gemeingefährliche Geisteskranke, bei denen der Strafvollzug nicht unterbrochen ist, in ihre Anstalten aufzunehmen. Ist diese Voraussetzung nicht vorhanden, müßten wir versuchen, auf mehr indirektem Wege das Ziel zu erreichen. Jedenfalls erscheint, wie die Landtagsverhandlungen gelegentlich des Antrags Schmedding gezeigt haben, der Versuch einer Gesetzgebung, den Provinzen über das jetzt gültige Maß hinaus eine Verpflichtung zur Aufnahme gemeingefährlicher Geisteskranker in ihre Anstalten aufzuerlegen, aussichtslos; ebensowenig können wir in absehbarer Zeit in Preußen mit der — übrigens keineswegs bedenkenfreien — Einrichtung besonderer staatlicher Irrenanstalten für derartige Kranke rechnen. Mehr Erfolg versprechen schon die Bestrebungen, einen weiteren Ausbau und Vermehrung der schon jetzt an einzelnen Strafanstalten bestehenden sogen. Beobachtungsabteilungen für psychisch Kranke zu erreichen. Auch die Einführung des gemilderten Strafvollzuges wäre, um die psychisch Gefährdeten durch die Haft hindurchzubringen und dem Ausbruch schwererer akuter Störungen vorzubeugen (Moeli), zu erstreben. Beide Maßnahmen dürften, wenn sie durchgeführt sind, den Erfolg haben, daß die Zahl der Fälle, in denen § 493 zur Anwendung kommen müßte, erheblich geringer wird. Wenn schließlich noch eine weitere Ausdehnung der bedingten Begnadigung zu erreichen wäre, dürfen wir ebenfalls hoffen, auch ohne Änderung der Strafprozeßordnung in Preußen zu einer Lösung zu kommen, die die Vorteile des bisherigen Verfahrens nicht aufgibt, die Nachteile aber erheblich mildert, oder vielleicht sogar bis auf wenige Ausnahmen beseitigt.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VIII.

Aus der Literatur des Jahres 1908 zusammengestellt.

Von Privatdozent Dr. *G. Voss.*

(Fortsetzung.)

§ 1568.

Grobe Mißhandlung hat immer als schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten zu gelten. Bei groben Mißhandlungen ist angesichts des Schlußsatzes im § 1568 B. G. B. für Berücksichtigung subjektiver Momente, wenn überhaupt, nur ein äußerst geringer Spielraum gelassen. Keinesfalls kann dem schuldigen Teile seine zu Mißhandlungen neigende Charakteranlage, Leidenschaftlichkeit, Heftigkeit und leichte Erregbarkeit auch nur mildernd zugute gerechnet werden. Ebensowenig wird die Mißhandlung ihres Charakters als schwere Pflichtverletzung dadurch entkleidet, daß der Mißhandelte darauf seinerseits mit Tätlichkeiten erwidert hat, zumal wenn sie nur sehr leichter Natur gewesen sind. Endlich kann nicht davon die Rede sein, daß Mutterliebe oder Sorge um die Gesundheit des Kindes auch nur einigermaßen entschuldigen könnten, daß eine Mutter den



in der Ausübung des Züchtigungsrechts begriffenen Vater eben deshalb vor den Augen des Sohnes ohrfeigt. (R. G. IV, 9. Dez. 1907.)

D. R. Sp. 335. Entsch. Nr. 1999.

§ 1568.

Ehrenkränkende Briefe und Postkarten der Beklagten sind dann keine schweren Eheverfehlungen, wenn bei ihr ein in kritikloser Selbstüberhebung mit Anklängen von Wahnvorstellungen sich äußernder geistiger Schwächezustand vorliegt, der ihre Zurechnungsfähigkeit nicht aufgehoben, sondern nur gemindert hat. Der Ehescheidungsrichter hat bei der Frage, ob einem Ehegatten eine schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten schuldbar zur Last falle, unter anderem auch den Geisteszustand des Ehegatten zu berücksichtigen, und er kann das Vorhandensein eines Verschuldens verneinen, wenn er findet, daß das Tun des Ehegatten ihm mit Rücksicht auf seinen Geisteszustand nicht zuzurechnen sei. Dabei ist der Ehescheidungsrichter nicht gebunden, die strafrechtlichen Begriffe der Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit seiner Beurteilung zugrunde zu legen. Er hat vielmehr im Rahmen des § 1568 B. G. B. die ganze Sachlage frei zu würdigen. (R. G. IV, 15. Oktober 1908.)

D. R. Sp. 702. Entsch. Nr. 3808.

§§ 1568, 1571.

Die Scheidung kann auf Trunksucht nicht gegründet werden, wenn der Ehegatte in den letzten sechs Monaten für sein übermäßiges Trinken (wegen krankhaften Dranges nach alkoholischen Getränken) nicht mehr sittlich verantwortlich gemacht werden kann. (R. G. IV, 19. Dez. 1907.)

D. R. Sp. 94. Entsch. Nr. 543.

§ 1568.

Das Erfordernis der Ehezerrüttung ist nicht nur subjektiv nach dem Empfinden des verletzten Ehegatten, sondern auch objektiv von dem Standpunkt eines Ehegatten zu würdigen, der sich seiner durch die sittliche Lebensordnung der Ehe gegründeten Pflichten in vollem Maße bewußt ist. (R. G. IV. 2. Januar 1908. 233/07.)

D. R. Sp. 94. Entsch. Nr. 542.

§ 1568.

Hysterie der Frau kann das Scheidungsrecht ausschließen, auch wenn die Willensfreiheit fortbesteht. Das Berufungsgericht hat auf Grund des persönlichen Eindrucks der Beklagten den Eindruck gewonnen, daß sie sich nicht in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe. Daraus folgte aber keineswegs, daß die Äußerungen der Beklagten gegenüber dem zu Rate gezogenen Arzte, der Kläger habe ihr mit Gift und Schwefeldämpfen nachgestellt, den Tatbestand des § 1568 B. G. B. erfüllten. Das Berufungsgericht hat unter Hinweis auf die vom Kläger brieflich zum Ausdruck gelangte und von dem Arzte geteilte Auffassung angenommen, daß die gedachten Äußerungen, an denen die Beklagte auch bei ihrer Vernehmung vor dem Berufungsgerichte festhielt, den Ausfluß einer krankhaften, auf Hysterie beruhenden Vorstellung darstellen. Auf Grund dieser tatsächlichen Feststellung konnte das Berufungsgericht ohne Rechtsirrtum zu dem Ergebnis gelangen, daß von schweren, auf einem Verschulden der Beklagten beruhenden Eheverfehlungen hinsichtlich jener Äußerungen keine Rede sein könne. (R. G. IV, 1. Juni 1908.) D. R. Sp. 469. Entsch. Nr. 2678.

§ 1571.

Wenn Trunksucht zwar fortdauert, aber innerlich ein Moment hinzugetreten ist, das ihr das Schuldhafte und damit die Eigenschaft als Scheidungsgrund nimmt, so läuft gegen den unschuldigen Teil die Präklusivfrist von sechs Monaten erst dann, wenn er von jenem inneren Moment Kenntnis erhält und zwar erst von dieser Kenntnis ab. (Dresden, 17. Mai 1907.)

D. R. Sp. 129. Entsch. Nr. 772.

§ 1571.

Dadurch, daß in einem Falle, wo sich der Tatbestand schwerer Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten, ehrlosen oder unsittlichen Verhaltens erst allmählich verwirklicht, der andere Teil sei es in der Hoffnung auf Besserung, sei es aus anderen löblichen Beweggründen die Erhebung der Scheidungsklage anstehen läßt, wird an der Verwirkung des Scheidungsrechts durch Fristablauf nichts geändert. Hat ein Ehegatte bis zum 1. Juli 1902 durch Trunksucht sich einer Eheverfehlung im Sinne des § 1568 B. G. B. schuldig gemacht, kann er aber für das weiter fortgesetzte unmäßige Trinken wegen geistiger Erkrankung nicht mehr verantwortlich gemacht werden, so ist für den anderen Teil das Scheidungsrecht aus § 1568 B. G. B. verloren, wenn er bei fortgesetzter häuslicher Gemeinschaft nicht binnen sechs Monaten nach dem 1. Juli 1902 die Scheidungsklage erhoben hat. Unerheblich ist in dieser Beziehung, wann der unschuldige Teil von der geistigen Erkrankung des anderen Ehegatten Kenntnis erlangt hat. (R. G. IV, 5. März 1908.)

D. R. Sp. 269. Entsch. Nr. 1578.

(Fortsetzung folgt.)



Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Einladung zur Jahresversammlung in Cöln und Bonn am 23. und 24. April 1909.

Tagesordnung.

I. Internationaler Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke (Berlin 1910). — Kassenbericht und Festsetzung des Beitrags für 1909. Bericht über die Heinrich Laehr-Stiftung. Wahl von zwei Vorstandsmitgliedern (die Herren Kräpelin und Pelman scheiden satzungsgemäß aus). Sonstige geschäftliche Mitteilungen.

II. Mitteilung einer die gesetzliche Regelung des Aufnahmeverfahrens betreffenden Erklärung, welche die 39. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 7. November 1908 nach einem Vortrage von Prof. Hoche-Freiburg über den Entwurf des badischen Irrengesetzes*) angenommen hat (s. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 179).

III. Referate.

1. Die Lues-Paralyse-Frage. Ref.: Plaut-München und O. Fischer-Prag. Das Referat erscheint vorher in der Allg. Ztschr. f. Psych. und wird den Vereinsmitgliedern etwa am 10. April zugesandt werden.
2. Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken in gemeinsamer Anstalt. Ref.: Alt-Uchtspringe (im Auftrage der Kommission für Idiotenforschung und -Fürsorge).
3. Vorschläge zur Änderung der Strafgesetzgebung (s. Bericht der letzten Jahressitzung, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 65, S. 518 u. 521**). Die Leitsätze werden den Vereinsmitgliedern voraussichtlich zugleich mit dem Referat über die Lues-Paralyse-Frage zugehen.

IV. Vorträge.

1. E. Nießl v. Mayendorf-Leipzig: Über die kataleptische Starre.
2. B. Hollander-London: Durch Operation geheilte Psychosen.
3. O. Bumke-Freiburg i. B.: Über die Abgrenzung des manisch-depressiven Irreseins.
4. E. Beyer-Roderbirken: Nervenheilstätte, Sanatorium und Irrenanstalt.
5. Heinr. Vogt-Frankfurt a. M.: Psychiatrische Mitarbeit bei der Jugendfürsorge. Gutachtertätigkeit vor dem Jugendgericht.
6. K. Goldstein-Königsberg: Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox, im Besonderen der plötzlichen Todesfälle bei derselben.
7. Ernst Schultze-Greifswald: Psychiatrie und Reichsversicherungsamt.
8. Friedr. Moerchen-Ahrweiler: Methodik und Technik der Sondenernährung bei Geisteskranken.
9. A. Westphal-Bonn: Über Encephalomyelitis disseminata und arteriosklerotische Erkrankungen des Zentralnervensystems in ihren Beziehungen zur multiplen Sklerose (Projektionsvortrag).
10. Lückerath-Bonn: Über Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken.
11. Schütte-Bonn: Beitrag zur Aetiologie und forensischen Beurteilung des sog. Tropenkollers.
12. Hübner-Bonn: Zur Lehre von den syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems (Projektionsvortrag).
13. Sioli-Bonn: Beiträge zum Verhalten der Glia bei akuten Psychosen (Projektionsvortrag).
14. Berger-Jena: Klinische Beiträge zur Melancholiefrage.
15. R. Victor Müller-Cöln: Der Begriff der Strafvollzugsfähigkeit vom Standpunkt des Psychiaters.
16. Tilmann-Cöln: Ueber Hirnverletzungen durch stumpfe Gewalt und ihre Beziehungen zu den Brüchen des knöchernen Schädels.
17. Seige-Jena: Der Stoffwechsel bei zirkulären Psychosen.
18. F. Reich-Lichtenberg: Ueber Unterschiede im Bau der zentralen und peripheren Nervenfaser auf Grund mikrohistiochemischer Untersuchungen (mit Projektion von Mikrophotogrammen).
19. Max Edel-Charlottenburg: Erfahrungen mit der Wassermannschen Serumreaktion.

Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß ohne besondere Zustimmung der Versammlung Referate nicht über 30 Minuten, Vorträge nicht über 20 Minuten und Diskussionsbemerkungen nicht über 5 Minuten dauern dürfen.

Besteht die Absicht, Vereinsbeschlüsse zu beantragen, so wird dringend gebeten, deren Wortlaut dem Vorstand vorher mitzuteilen.

Donnerstag, 22. April, abends von 8 1/2 Uhr ab gesellige Zusammenkunft mit Damen im Stapelhaus, Leystapel in Cöln.

Freitag, 23. April, 9—1 Uhr 1. Sitzung im Gürzenich (Isabellensaal), Martinstraße in Cöln. 1—2 Uhr Frühstück im Gürzenich oder im gegenüberliegenden Restaurant Kränkel zu 1 M. 2—4 Uhr 2. Sitzung im Gürzenich. 5 Uhr Essen mit Damen im Hotel Disch, Brückenstraße 19, das Gedeck 5 M., Ueberrock.

Sonnabend, 24. April, 8 1/2 Uhr Abfahrt vom Frankenwerft (1 Minute vom Dom) oder vom Leystapel aus mit der Uferbahn nach Bonn. 9 Uhr 8 Min. Ankunft in Bonn, Ellerstraße, 5 Min. von der Provinzial-Heilanstalt. 9 1/4—1 Uhr 3. Sitzung in der Provinzial-Heilanstalt. 1—2 Uhr Frühstück daselbst (von der Prov.-Verwaltung gegeben). 2—5 Uhr 4. Sitzung in der Prov.-Heilanstalt.

Prof. Aschaffenburg ladet zur Besichtigung der neuerbauten psychiatrischen Klinik des städtischen Krankenhauses Lindenburg auf Donnerstag, 22. April, 4 Uhr, oder auf Sonntag, 25. April, früh 9 1/2 Uhr, ein. Nach der Lindenburg führen Bahnlinie 1 u. 2 vom Hauptbahnhof Cöln (bis Haltestelle Schallstraße, Lindenthal) oder Linie 15 und 19 nach Sülz, Haltestelle Stelzmannstraße. Prof. Westphal ladet zur Besichtigung der neuerbauten klinischen Abteilung für

*) Vergl. auch diese Zeitschrift Bd. X, S. 117, 152, 359, 384.

**) Vergl. auch diese Zeitschrift Band X, S. 250, 270, 285, 286.



psychische u. Nervenkranke in Bonn, Dr. Peipers zum Besuch der Privat-Heilanstalt Pützchen bei Bonn ein. Näheres in der Versammlung.

Der Lokalausschuß besteht aus den Herren Prof. Dr. Aschaffenburg in Cöln. Mozartstraße 11, Prof. Dr. A. Westphal und Sanitätsrat Dr. Umpfenbach in Bonn, Provinzial-Heilanstalt.

Anmeldungen oder Anfragen betr. den Projektionsapparat werden erbeten an Prof. Dr. Aschaffenburg in Cöln, Mozartstraße 11.

Empfehlenswerte Hotels in Cöln: Hotel du Nord, Frankenplatz 4—6, Domhotel, am Domhof, Hotel Continental, Domhof 16, Cölner Hof, Bahnhofstraße 5—7, alle in der Nähe des Hauptbahnhofs; weiter davon entfernt Hotel Disch, Brückenstraße 19.

Der Vorstand:
Kräpelin. Kreuser. Laehr. Moeli. Pelman. Siemens. Tuczek.

Personalnachrichten.

— **Königreich Sachsen.** An den Kgl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalten werden zum 1. Juni d. J. versetzt: Oberarzt Dr. Rossbach von Zschadraß nach Hubertusburg als II. Stellvertreter des Direktors und Leiter der Frauenabteilung, Oberarzt Dr. Arnemann von Großschweidnitz nach Zschadraß als Stellvertreter des Direktors, Anstaltsarzt Dr. Lange von Hochweitzschen nach Großschweidnitz, Anstaltsarzt Dr. von Rabenau von Colditz nach Hochweitzschen und Anstaltsarzt Dr. Stemmler von Untergöltzsch nach Colditz.

— **Rheinische Provinzialheil- und Pflegeanstalten.** Versetzt wurden Oberarzt Dr. Becker von Grafenberg nach Düren, Oberarzt Dr. Kölpin von Andernach nach Bonn, Anstaltsarzt Dr. van Husen von Andernach nach Johannisthal, Assistenzarzt Dr. Storck von Merzig nach Andernach, Assistenzarzt Dr. Linke von Grafenberg nach Galkhausen.

Ernannt wurden: Anstaltsarzt Dr. Witte in Grafenberg zum Oberarzt in Grafenberg, Anstaltsarzt Dr. Meyer in Johannisthal zum Oberarzt in Andernach, Assistenzarzt Dr. Raether in Andernach zum Anstaltsarzt daselbst. Assistenzarzt Dr. Beyerhaus in Johannisthal zum Anstaltsarzt in Grafenberg, Assistenzarzt Dr. Weingärtner in Düren zum Anstaltsarzt daselbst, Assistenzarzt D. Trapet in Bonn zum Anstaltsarzt in Grafenberg, Volontärarzt Dr. Sioli in Bonn zum Assistenzarzt daselbst.

— **Hannover.** Dr. med. Rizor, Abteilungsarzt in Münster, ist zum 1. April d. Js. zum Abteilungsarzt bei der Provinzialheil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache in Langenhagen und Dr. med. Kracke zum 20. Januar d. Js. zum Assistenzarzt bei der Provinzialheil- und Pflegeanstalt in Lüneburg ernannt worden.

— **Westfalen.** Dr. Max Schwienhorst, Abteilungsarzt wurde zum 1. April von der Provinzialheilanstalt Warstein nach Münster versetzt.

— **Pommern.** Assistenzarzt Dr. Hieronymus, bei der Prov.-Heilanstalt zu Lauenburg i. Pommern, ist zum 1. April zum Oberarzt befördert worden.

— **Hamburg.** Dr. E. L. J. Rittershaus ist am 1. April d. J. als Assistenzarzt in denn Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

Dix-neuvième Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Nantes, 2–8 Août 1909, sous la Présidence de M. le Dr. Vallon, Médecin-Directeur de l'Asile de Sainte-Anne.

Travaux scientifiques.

I. Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Dijon. a) Psychiatrie. — Les fugues en Psychiatrie. Rapporteur: M. le Dr. Victor Parent fils, de Toulouse. b) Neurologie. — Les chorées chroniques. Rapporteur: M. le Dr. Sainton, de Paris. c) Médecine légale. — Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal. Rapporteurs: MM. les Drs. Granjux, de Paris, et Rayneau, d'Orléans.

II. Communications originales sur des sujets de Psychiatrie et de Neurologie. Présentation de malades, de pièces anatomiques et de coupes histologiques. Les adhérents qui auront des communications à faire devront en envoyer les titres et les résumés au secrétaire général avant le 1. juillet.

III. Visite de l'Asile d'Aliénés de Nantes. — Excursions. Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés (présentés par un membre adhérent). Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr. Ch. Mirallié, Nantes, 11, rue Copernic.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 4. 17. April **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die wirtschaftliche Lage der Assistenzärzte an den Irrenanstalten der Stadt Berlin. Von Dr. E. Bischoff-Berlin (Herzberge). (S. 29.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VIII. Aus der Literatur des Jahres 1908 zusammengestellt. Von Privatdozent Dr. G. Voß. (Fortsetzung.) (S. 31.) — Mitteilungen (S. 34): Gehaltsverbesserungen in Hannover. Deutscher Verein für Psychiatrie. Möbiusstiftung. Göttingen. — Referate. (S. 35.) — Personalnachrichten. (S. 36.)

Die wirtschaftliche Lage der Assistenzärzte an den Irrenanstalten der Stadt Berlin.

Referat, erstattet in der Sitzung am 31. März 1909 in der Assistentengruppe Berlin des Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen: L. W. V.

Von Dr. *E. Bischoff*-Berlin (Herzberge).

Die moderne Entwicklung des Krankenhauswesens stellt eine Verkörperung der Idee der Konzentration dar, ähnlich wie seiner Zeit die fabrikmäßige Organisation in der allgemeinen Wirtschaftsgeschichte auftrat. Während aber hier in der Fabrik eine fast unbegrenzte Möglichkeit der Konzentration der Kraft in einer Maschine vorhanden ist, steht bei der Entwicklung des Krankenhauswesens die Konzentration des Raumes im Vordergrund; die Konzentration der Kraft ist mehr eine Begleiterscheinung und niemals auch nur annähernd so weit durchzuführen wie bei maschinellen Einrichtungen, da die eigentliche Arbeit des Arztes oder des Krankenpflegers nicht in gleicher Weise technisch vereinigt werden kann wie die zahlreichen Kräfte der Maschine.

Wie mit der Ausbildung des Fabrikwesens sich in dem Arbeiterstand eine prinzipiell wichtige Änderung in seiner politischen und auch ethisch-sozialen Stellung vollzog, so machen sich auch bei den großen Krankenhäusern ähnliche Veränderungen in der sozialen Stellung der Ärzte bemerkbar: beim Betrieb in den kleinen Werkstätten standen einer leitenden Person nur relativ wenige Untergebene gegenüber; in der Fabrik sind einer leitenden Person viele tausende Arbeiter untergeordnet. In der freien Praxis ist im allgemeinen der Arzt sein eigener Vorgesetzter und Untergebener; im Krankenhause stehen Vorgesetzte als „leitende Ärzte" und „Assistenzärzte" als Untergebene gegenüber; und um so größer sind im allgemeinen diese Gegensätze, je größer das Krankenhaus ist; die Verhältniszahl der leitenden Ärzte zu den untergebenen läßt das am deutlichsten erkennen.

Innerhalb der Ärztekreise hat sich diese Unterordnung ohne Schärfen vollzogen, gegründet auf die natürliche Autorität des Alters und der Erfahrung.

Etwas anders ist es natürlich mit der Frage, ob unter diesen Umständen auch die sozialen Verhältnisse der Untergebenen — und nach ihnen richtet sich im wesentlichen auch die Stellung der Vorgesetzten — als gesund zu bezeichnen sind.

Für die Beantwortung dieser Frage scheinen gerade die Verhältnisse an den Irrenanstalten vorbildlich: an ihnen bestand die Ordnung der ärztlichen Hilfskräfte nach Direktor, Oberarzt und Assistenzarzt schon lange gewohnheitsmäßig, als diese Anordnung in den anderen Krankenhäusern erst eigentlich begann. Die Irrenanstalten sind gleichsam für die soziale Stellung des Arztes die frühest auftretenden großen, modernen Krankenhäuser.

Es sei hier nur die Stellung der Assistenzärzte betrachtet.

Da findet sich ein ganz prinzipieller Unterschied von dem, was wir sonst an anderen Krankenhäusern zu sehen gewohnt sind: während nämlich die Assistentenstellen an einem Krankenhaus gewöhnlich eine Durchgangsstation, eine Lernstation für die spätere Praxis bedeuten, bedeutet die Stellung unter den Psychiatern bei der Mehrzahl der Assistenten eine endgültige Entscheidung für ihren ferneren Beruf. Schon nach zwei- bis dreijähriger Tätigkeit an einer Irrenanstalt wird für die Kollegen der Weg in die freie Praxis, selbst auch in die neurologische Praxis, recht schwer; eine eigentliche „freie" psychiatrische Spezial-Praxis hat sich außerhalb der Anstalten überhaupt nicht bilden können. So kam es, daß sich eine so große Zahl Assistenzärzte im hohen Lebens-



alter hier versammelte, daß schließlich die wissenschaftliche Organisation der deutschen Psychiater im „Deutschen Verein für Psychiatrie" die allgemeine Forderung aufstellte, daß nach drei Jahren Assistenzzeit in einer Irrenanstalt die feste Anstellung in beamtenähnlicher Weise erfolgen sollte. Das Wesentliche dabei ist die Verpflichtung der anstellenden Kommune zur Fürsorge in den späteren Jahren und die Festlegung eines bestimmten Avancementverhältnisses, das eine wachsende Selbständigkeit auch im ärztlichen Dienst in sich birgt.

So berechtigt war diese Forderung, so gesund in den Verhältnissen begründet, daß heute, nur ein Jahr nach der entscheidenden Beschlußfassung im Verein für Psychiatrie, in fast allen Landesirrenanstalten Deutschlands sie bewilligt oder ihre Bewilligung in Aussicht genommen ist.

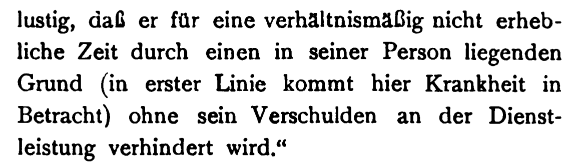
In Berlin liegen diese Verhältnisse leider anders; und wie sehr, das geht am besten aus einer Annonce hervor, die folgendermaßen lautet:

„Bei der kürzlich neuerbauten städtischen Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Buch i. d. Mark, Vorortverkehr, von Berlin zirka 30 Minuten, sind sogleich zwei Assistentenstellen zu besetzen. Neben vollständig freier Station wird ein Bargehalt von 1500 M. pro Jahr gewährt, welches in acht Jahren auf 2700 M. steigt; nach sechsjähriger Dienstzeit ist eventuell Aussicht auf Anstellung als Anstaltsarzt (Einkommen 4800 M.) vorhanden; auch spätere Wahl zum Oberarzt*) nicht ausgeschlossen. Nach zehn Jahren Gesamtdienstzeit wird den Assistenten und Anstaltsärzten eventuell Ruhegehalt und Hinterbliebenen-Versorgung gewährt, während die Oberärzte gemäß besonderer Bestimmungen eventuell Pension und Reliktenversorgung zu beanspruchen haben. — Psychiatrische Vorbildung nicht erforderlich. Meldungen von Ärztinnen auch berücksichtigt."

Diese sich immer wiederholenden Eventualitäten bilden einen höchst auffallenden Gegensatz zu den Garantien, die in den Kommissionsbeschlüssen des Vereins für Psychiatrie gefordert werden und andernorts, man kann wohl sagen allgemein, durchgeführt sind.

Eine weitere Illustration der sozialen Festigung der Stellung gibt der Ausschluß des § 616 BGB. im Dienstvertrag der Stadt. Der betreffende Paragraph lautet:

„Der zur Dienstleistung Verpflichtete wird des Anspruchs auf die Vergütung nicht dadurch ver-



lustig, daß er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund (in erster Linie kommt hier Krankheit in Betracht) ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird."

Mit Bezugnahme auf den Ausschluß dieses Paragraphen wird uns jetzt bei der Unterzeichnung eines Dienstvertrages ein Formular vorgelegt, das ausdrücklich darauf aufmerksam macht, daß wir im Erkrankungsfalle kein Recht auf Weiterbezug des Gehaltes haben. Zu den Motiven zum Ausschluß dieses Paragraphen wird etwa bemerkt:

Hierdurch habe die Stadtgemeinde keineswegs einen Nachteil für ihre Angestellten und Bediensteten beabsichtigt, nurmehr die Verhütung, daß mangels bestimmter Vorschriften und Vereinbarungen in jedem Falle die Entscheidung des ordentlichen Gerichtes angerufen werden konnte, außerdem aber wollte sie den Angestellten und Bediensteten Vorteile bieten. Denn während in der Regel eine zwei Wochen*) übersteigende Behinderung kaum noch unter den Begriff einer „verhältnismäßig nicht erheblichen Zeit" fallen dürfte, wird ihnen durch die §§ 13 und 14 der Urlaubsordnung eine erheblich umfangreichere Weitergewährung der Dienstbezüge in Aussicht gestellt; den auf Privatdienstvertrag länger als drei Jahre beschäftigten Personen kann danach in Krankheitsfällen die Fortzahlung ihrer Bezüge auf drei Monate, in Ausnahmefällen auf noch weitere drei Monate, gewährt werden, während bei einer Beschäftigung bis zu einem Jahr die Bezüge auf vier Wochen, bei einer solchen von länger als einem Jahre bis zu sechs Wochen belassen werden können.

Es muß zugegeben werden, daß in der städtischen Verwaltung von diesen Bestimmungen ausgiebiger Gebrauch gemacht wird. Was aber auch hier wieder befremdend erscheint, ist der Umstand, daß auch hier an Stelle einer Verpflichtung ein „Können", wieder eine Eventualität gesetzt wird, die in einem etwaigen Streitfalle den Betroffenen mehr oder weniger von einer momentan günstigen Konstellation bei der Zusammensetzung der Behörden abhängig macht, während ihm ein Recht genommen wird, das sonst durchaus der Idee unserer Krankenversicherungen entspricht. Namentlich diese Abhängigkeit — im letzten Grunde von einem gewissen Wohlwollen — hat die Frage aufwerfen lassen, ob derartige Verhältnisse als standeswürdige zu bezeichnen sind.

Neben diesen großen und prinzipiellen Fragen

*) Bisher erfahrungsgemäß erst nach zwölf Jahren Anstaltsdienst. (Anm. des Ref.)

*) Es erscheint fraglich, ob auch für den ärztlichen Beruf diese Frist als so kurz gedacht aufzufassen ist.



sind es noch einige andere Dinge, die unserer Ansicht nach zu berechtigten Wünschen Anlaß geben.

Der Gehalt bleibt zum Teil noch sehr weit hinter den Mindestforderungen der Kommissionsbeschlüsse zurück.

Im Urlaub entstehen Schwierigkeiten bezüglich der Vertretung und infolge der ungünstigen pekuniären Verhältnisse bezüglich der gesundheitlichen Ausnutzung desselben. Wiederholt sahen sich Kollegen gezwungen, während der Urlaubszeit mehr oder weniger einträgliche Vertretungen zu übernehmen.

Die ungünstige soziale Lage macht auch ein unerwünscht langes Zölibat notwendig.

Diesen Wünschen gegenüber wird vielfach behauptet, daß die Stellung an den Berliner Anstalten andererseits Vorteile gewähre, die eine auch so erhebliche Rückständigkeit bezüglich der sozialen und wirtschaftlichen Stellung. ausgleiche. Diese Vorzüge kommen nur für eine verschwindende Minderzahl der ganz jungen Kollegen in Betracht, während für die älteren die Nähe der großen Stadt einerseits und die Entfernung der Anstalt von dieser Großstadt andererseits sehr viel mehr Anlaß zu erhöhten Ausgaben geben.

Die vermeintlich reichere Gelegenheit zu wissenschaftlicher Ausbildung dürfte wohl mehr durch die subjektive Veranlagung des Einzelnen als durch die objektiven Verhältnisse begrenzt werden.

Unter diesen Umständen war es wohl begreiflich, daß in den Kreisen unserer Assistentengruppe und bei dem Vorstande unserer Organisation die Überzeugung entstand, daß hier dringend Abhilfe erwünscht wäre.

In dem Leipziger Verband wurde in Danzig hierüber referiert.

In die Krankenhaus-Kommission des Verbandes wurde ein Psychiater neu gewählt und in dem diesjährigen Referat sollen die Verhältnisse der Irrenärzte und insonderheit die Kommissionsbeschlüsse eine besondere Besprechung erfahren.

In Berlin selber wurde an die Deputation für das städtische Irrenwesen folgende Eingabe gerichtet:

„Angesichts der im vorigen Jahre bereits in Angriff genommenen und teilweise durchgeführten Änderungen der Anstellungsbedingungen der Ärzte an den Berliner Irrenanstalten bitten wir, diese Reform im Sinne des Deutschen Vereins für Psychiatrie vom 25. April 1908 vornehmen zu wollen.

Diese Beschlüsse sind von einer Kommission unter dem Vorsitz von Herrn Geheimrat Siemens (Lauenburg) als eine berechtigte und zeitgemäße Mindestforderung ausgearbeitet und von dem Verein unter dem Vorsitz von Herrn Geheimrat Moeli (Berlin-Herzberge) einstimmig und en bloc angenommen worden; von dem Vorstand sind sie auch der städtischen Deputation für das Irrenwesen hier in Berlin zugegangen.

Wir erlauben uns, eine Abschrift dieser Vorschläge noch einmal beizulegen."

Die Eingabe datiert vom 14. August 1908 und enthält die Unterschrift von 22 Assistenzärzten.

Eine Antwort ist uns bisher noch nicht zugegangen. Die detaillierten Etatsbeschlüsse des Magistrats sind noch nicht veröffentlicht, infolgedessen ist es zurzeit unmöglich, über die Bewilligung oder Nichtbewilligung unserer Forderung genauere Mitteilung zu machen. Es dürfte so viel aber wohl sicher sein, daß unsere Wünsche bezüglich der prinzipiellen Änderungen der Anstellungsbedingungen nicht erfüllt werden, und daß damit der für uns wesentlichste Punkt eine Ablehnung erfahren hat.

Voraussichtlich wird es daher noch weiterer energischer Arbeit bedürfen, bis auch wir in Verhältnissen leben, die den zeitgemäßen Anforderungen entsprechen.

Zuletzt dürfte nicht versäumt werden, all den Kollegen aus unserer Organisation in Berlin, die so lebhaft für uns eingetreten sind, unseren besten Dank zu sagen. Mögen ihre und unsere Bestrebungen im folgenden Jahre von noch besserem Erfolg gekrönt werden als in dem vergangenen.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VIII.

Aus der Literatur des Jahres 1908 zusammengestellt.

Von Privatdozent Dr. *G. Voss*.

(Fortsetzung.)

§ 1569.

Nach der ständigen Rechtsprechung des R. G. (J. W. 1901, S. 297, 1902, Beil. S. 244, 1903, Beil. S. 28, 1905, S. 395) ist unter der geistigen Gemeinschaft der Ehegatten eine von dem Bewußtsein sittlicher Rechte und Pflichten getragene Gemeinschaft zu verstehen, bei der die Ehegatten zu gemeinsamem Fühlen und Denken befähigt sind. Das R. G. fordert als Voraussetzungen der geistigen Gemeinschaft einmal das Bewußtsein der durch die Ehe auferlegten, auf dem Wesen der Ehe beruhenden Rechte und Pflichten und ferner auch die geistige Fähigkeit, die



durch die Ehe auferlegten Pflichten zu erfüllen. Betrachtet man unter diesem Gesichtspunkte das Verhalten des geisteskranken Beklagten, so kann nicht zugegeben werden, daß der Beweis für eine Aufhebung der geistigen Gemeinschaft geführt ist ..... Bei solcher Sachlage läßt sich nicht verkennen, daß die Fähigkeit des Beklagten zu gemeinsamem Fühlen und Denken innerhalb der durch die Ehe bedingten geistigen Gemeinschaft abgeschwächt ist. Immerhin ist diese Minderung noch nicht so weit fortgeschritten, daß von einer völligen Aufhebung des Verständnisses für jene höhere geistige Gemeinschaft gesprochen werden kann. Der Beklagte verrät durch die Schilderung seines früheren Familienlebens, daß er noch Interesse für seine Frau und Kinder hat, wenn es auch abgesehen von seiner Krankheit dadurch etwas zurückgedrängt ist, daß die Klägerin ihn seit zwei Jahren nicht mehr besucht hat. Er hat auch noch ein Bewußtsein für die ihm durch das Eheband auferlegten Pflichten, wenn er die Absicht äußert, daß er nach seiner Entlassung aus der Anstalt für seine Frau sorgen und durch Erwerb von Lebensunterhalt und Sparsamkeit eine nochmalige Trennung verhüten will. Er sagt sogar, daß er noch Liebe für die Klägerin habe, und daß ihm eine Scheidung nicht gleichgültig sein, sondern ihn kränken würde. Danach kann der von der Vorinstanz aus dem Verhalten des Beklagten gezogenen Folgerung, daß der Beklagte nur noch eine allgemeine Empfindung für das Vorhandensein des ehelichen Bandes habe, nicht zugestimmt werden. Ebensowenig ist ihre weitere Ausführung zu billigen, daß die geistige Gemeinschaft deswegen als aufgehoben gelten müsse, weil der Beklagte derart geisteskrank sei, daß er zeit seines Lebens in der Anstalt bleiben müsse und dort unter immer zunehmendem Verfall der geistigen und körperlichen Kräfte einem sicheren und baldigen Tode entgegengehe. Denn die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft wird nicht schon durch die Unmöglichkeit des körperlichen Zusammenlebens herbeigeführt, auch wenn letztere dauernd ist. Die Gründe, aus denen ein Geisteskranker lebenslänglich in einer Anstalt verbleiben muß, beruhen zumeist darauf, daß er außerhalb seiner Familie nicht die angemessene Wartung und Pflege erhalten kann, und daß er die Fähigkeit verloren hat, seine bürgerlichen Vermögensangelegenheiten zu besorgen, während damit ein Beweis für den Verlust des Verständnisses auch für die durch das eheliche Verhältnis auferlegten Pflichten noch nicht erbracht ist. Zwar scheint auch die Klägerin jene Auffassung zu teilen, da sie seit zwei Jahren mit dem Beklagten weder persönlich noch brieflich verkehrt hat. Unbeschadet der Wertung, welche die Anschauung und Empfindung des gesunden Ehegatten über die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zu beanspruchen hat, ist jedoch im vorliegenden Fall ihre Auffassung als unzutreffend zu bezeichnen. Der Geisteszustand des Beklagten ermöglicht vielmehr eine geistige Gemeinschaft der Ehegatten insoweit, als die Klägerin durch Besuche und Briefwechsel den dem Beklagten noch verbliebenen Rest der Fähigkeit zu gemeinsamem Fühlen und Denken zur Betätigung veranlassen kann. Zum mindesten kann das Gegenteil gegenüber dem Gutachten des Sachverständigen nicht als bewiesen gelten. Schließlich kann auch der weitere von der Vorinstanz dem Gutachten entnommene Umstand die Klage nicht stützen, daß nämlich die geistigen Fähigkeiten des Beklagten in steter Abnahme begriffen sind und in nicht zu ferner Zeit ihr völliger Verlust eintreten wird. Danach mag eine spätere Scheidungsklage aus § 1569 B. G. B. vielleicht mehr Aussicht auf Erfolg haben. Der jetzigen Ehescheidung kann nur der gegenwärtig bestehende Geisteszustand des Beklagten zugrunde gelegt werden, der nach dem Dargelegten eine Feststellung der bereits eingetretenen Aufhebung der geistigen Gemeinschaft nicht zuläßt.

Psych.-Neurol. W., Jahrg. X, pag. 149.

§ 1569.

.... Die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten muß aufgehoben sein. Diesen Grad muß die Erkrankung vor Erlaß des Urteils erreicht haben. Daß dies der Fall ist, hat der Sachverständige bekundet, indem er sagt, daß Beklagter bei seiner Krankheit nicht imstande sei, in vernünftiger Weise an den materiellen und sittlichen Pflichten der Ehe teilzunehmen. Psych.-Neurol. W., pag. 297.

§ 1906.

Zur Anordnung der vorläufigen Vormundschaft bedarf es des Nachweises eines Entmündigungsgrundes nicht; mit der Frage nach dem Vorliegen eines solchen hat sich das Gericht aber unter Umständen bei Prüfung der Frage einer erheblichen Gefährdung zu befassen. (Bay. O. L. G. 8. März 1907, 26. April 1907 und 10. Mai 1907.)

D. R. Sp. 95. Entsch. Nr. 548.

§ 1906.

Bei der Anordnung einer vorläufigen Vormundschaft ist beiderseitiges Gehör nicht vorgeschrieben. (Karlsruhe, 11. April 1908.)

D. R. Sp. 453. Entsch. Nr. 2575.

§ 1910.

Auch während schwebenden Konkurses des zu



Entmündigenden liegt Vermögensgefährdung vor. (K. G., 5. Sept. 1907.)

D. R. Sp. 95. Entsch. Nr. 549.

§ 1910, 2.

Zu den geistig Gebrechlichen sind nicht nur geistesschwache, sondern auch geisteskranke Personen zu rechnen; insbesondere fallen darunter auch die in § 104 Nr. 2 B. G. B. bezeichneten. (Posen, 14. Aug. 1907.) D. R. Sp. 304. Entsch. Nr. 1820.

§§ 1910 Abs. 3, 104 Nr. 2, 105.

Zur Anordnung der Pflegschaft nach § 1910, 2 B. G. B. bedarf es der Einwilligung des Gebrechlichen dann nicht, wenn bei ihm die freie Willensbestimmung infolge krankhafter Störungen der Geistestätigkeit ausgeschlossen ist. (K. G. Ia X. 4. April 1908.)

D. R. Sp. 453. Entsch. Nr. 2576.

§ 2231 Nr. 2.

Ein eigenhändiges Testament im Sinne des § 2231 Nr. 2 B. G. B. würde nicht vorliegen, wenn die Hand des Erblassers bei der Niederschrift völlig unter der Herrschaft und Leitung der Zeugin gestanden hätte. In Wahrheit hätte alsdann nicht die eigene Hand des Erblassers, sondern die des Dritten die Niederschrift bewirkt. Blieb aber die Hand des Testierenden bei der Ausführung der Niederschrift in der vom Testierenden gewollten Bewegung frei und wurde ihr hierbei von einem Dritten nur Unterstützung zur Ermöglichung der Niederschrift geliehen, so ist begrifflich ein eigenhändiges Testament gegeben. Ob im Einzelfalle lediglich eine solche Unterstützung oder darüber hinaus eine bestimmende und maßgebende Führung der Hand stattgefunden, ist nach der konkreten Sachlage zu beurteilen. (R. G. IV, 8. Okt. 1908.)

D. R. Sp. 623. Entsch. Nr. 3436.

V. Zivilprozessordnung.

§ 53.

Beklagter hatte gegen ein ihn zur Zahlung verurteilendes Urteil des L. G. Berufung eingelegt. Bei der ersten mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsgericht, die am 7. März 1906 stattfand, brachte der Kläger zur Sprache, daß in einer gegen den Beklagten anhängigen Privatklagesache wegen Beleidigung vom Königlichen A. G. in N. durch Beschluß vom 20. Februar 1905 das Verfahren wegen Geisteskrankheit des Beklagten eingestellt worden sei. Das Berufungsgericht hat darauf von Amts wegen eine Begutachtung des zuständigen Kreisarztes über die Frage angeordnet, ob und seit wann der Beklagte sich in einem nicht etwa bloß seiner Natur nach vorübergehenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, welcher die freie Willensbestimmung ausschließt. Der Medizinalrat Dr. E. gab hierauf nach persönlicher Beobachtung des Beklagten das in der mündlichen Verhandlung eidlich bestätigte Gutachten dahin ab, daß der Beklagte sowohl am 23. Februar 1904, als dem Tage der Klagezustellung, als auch zur Zeit der Untersuchung durch den Sachverständigen geisteskrank im Sinne des B. G. B. gewesen sei, und daß es nach der Natur der Krankheit — von welcher die nervösen Zentralorgane angegriffen seien — sicher sei, daß die Geisteskrankheit fortdauere. Das Berufungsgericht hat hierauf das Urteil des L. G. aufgehoben und Klage wegen Mangels der Prozeßfähigkeit des Beklagten abgewiesen. Das R. G. bestätigt: .... Solange der Mangel der Prozeßfähigkeit nicht durch rechtskräftiges Urteil festgestellt ist, kann der auf den Namen des Prozeßunfähigen geführte Rechtsstreit auch durch Handlungen des in Wirklichkeit Prozeßunfähigen und seines Prozeßbevollmächtigten weitergeführt werden. (14. Dez. 1907. Berlin.) J. W. pag. 73.

§ 402.

Es ist nicht unzulässig, wenn ein Sachverständiger vor Abgabe seines schriftlichen Gutachtens wesentliche Punkte, über die ein Zeuge sich eidlich geäußert hat, sich von dem Zeugen nochmals persönlich bestätigen und erläutern läßt. (R. G. VI, 14. April 1908.)

D. R. Sp. 375. Entsch. Nr. 2211.

§ 445.

Eine Eideszuschiebung darüber, daß der Verletzte zurzeit vollkommen gesund sei und keinerlei Schmerzempfindungen oder Krankheitserscheinungen verspüre, ist zulässig. Der Berufungsrichter hält für erwiesen, daß Kläger infolge des Unfalls an einer Störung des Zentralnervensystems (Unfallsneurose) leide und daß seine Erwerbsfähigkeit dadurch erheblich beeinträchtigt sei. Die dem Kläger in erster Instanz zugebilligte Entschädigung hält er im übrigen für angemessen und ausreichend, nur die Sätze der Entschädigungsrente für die Verminderung der Erwerbsfähigkeit hat er höher normiert. Die Revisionskläger beschweren sich über die Ablehnung einer Eideszuschiebung. Sie hatten wie schon in erster Instanz dem Kläger den Eid darüber zugeschoben, daß er zurzeit vollkommen gesund sei und keinerlei Schmerzempfindung oder Krankheitserscheinungen verspüre. Der Berufungsrichter hat diesen Beweis nur aus dem Grunde abgelehnt, weil er die Eideszuschiebung für unzulässig hält. Denn der Eid beziehe sich nicht auf Tatsachen, sondern er enthalte ein Urteil. Die Revisionskläger halten dies für verfehlt, weil der Kläger gerade allein über die behaupteten Umstände Auskunft geben



könne. Es sei daher § 445 Z. P. O. verletzt. Die Rüge ist begründet. In der Rechtsprechung des R. G. ist bereits wiederholt darauf hingewiesen worden, daß die Empfindungen des Schmerzes Tatsachen sind, die für den Leidenden im allereigentlichsten Sinne den Gegenstand der unmittelbaren sinnlichen Wahrnehmung bilden. Gegen eine Eideszuschiebung über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Schmerzen läßt sich deshalb aus § 445 Z. P. O. ein Bedenken nicht herleiten. (Vergl. die Urteile vom 2. November 1887, J. W. S. 493, und vom 26. September 1898, J. W. S. 602.) Nur wenn außerdem von seiten der Beklagten behauptet worden ist, Kläger sei jetzt gesund, oder was dasselbe bedeutet, er sei von Krankheitserscheinungen frei, kann es auf ein Urteil darüber ankommen, ob Erscheinungen, die der Kläger an sich selbst wahrnimmt, auf eine Krankheit zurückzuführen sind oder nicht. Allein wie bei den behaupteten Schmerzen, so ist es auch in dieser Beziehung von vornherein Sache des Klägers, die Erscheinungen zu bezeichnen, in denen er eine Folge des Unfalls erblickt und die er als eine Herabsetzung seines körperlichen oder geistigen Wohlbefindens angesehen wissen will. Die Eideszuschiebung betrifft lediglich eine Gegenbehauptung. Es kann deshalb bei gehöriger Anwendung des § 139 Z. P. O., dessen Verletzung von der Revision gleichfalls gerügt wird, auch nach dieser Richtung eine Aufklärung geschaffen werden, die zumal bei Beachtung des § 144 Z. P. O. für die Entscheidung über das Maß der Entschädigung erheblich ins Gewicht zu fallen vermag. Das Berufungsurteil ist deshalb aufgehoben, und unter Anwendung des § 565 Abs. 1 Satz 2 die Sache zu anderweiter Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückverwiesen worden. (Urt. v. 22. Juni 1908. IV.-Cassel.) J. W. pag. 530.

§ 646 Z. P. O. § 1329 B. G. B.

Die Nichtigkeitserklärung einer Ehe wegen Geisteskrankheit eines Ehegatten zur Zeit der Eheschließung vernichtet die auf Antrag des anderen Ehegatten erfolgte Entmündigung. (Rostock, 11. Juni 1908.)

D. R. Sp. 711. Entsch. Nr. 3877.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— Der Provinzial-Landtag der Provinz **Hannover** hat am 18. März 1909 folgende **Gehalts-Verbesserungen** für die Ärzte der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten beschlossen:

Direktoren.

Bisher:

Gehalt 6000 bis 8000 M. Nebenbezüge: Wohnung, Heizung, Beleuchtung im Werte von 800 M. Steigerung: dreijährig um 500 M.

Künftig:

Gehalt 6500 bis 9000 M. Dieselben Nebenbezüge, die aber mit dem Werte von 2000 M. berechnet werden. Steigerung: dreijährig viermal um 600 M., einmal um 100 M.

Die Aufbesserung besteht in: Erhöhung des Anfangsgehaltes um 500, des Höchstgehaltes um 1000 M. Steigerung um 600 statt um 500 M. Erhöhung des pensionsfähigen Wertes der Nebenbezüge um 1200 M.

Oberärzte.

Bisher:

Gehalt 4600 bis 6000 M. Nebenbezüge: Wohnung, Heizung, Beleuchtung im Werte von 500 M. Steigerung: dreijährig um 300 M.

Künftig:

Gehalt 4600 bis 7200 M. Dieselben Nebenbezüge, die mit 1000 M. berechnet werden. Steigerung: dreijährig sechsmal um 400, einmal um 200 M.

Die Aufbesserung besteht in: Erhöhung des Endgehaltes um 1200 M. Steigerung um 400 statt um 300 M. Erhöhung des pensionsfähigen Wertes der Nebenbezüge um 500 M.

Abteilungsärzte.

Bisher:

Gehalt 3200 bis 4800 M. Nebenbezüge: Wohnung etc. im Werte von 500 M. für Verheiratete, von 300 M. für Unverheiratete. Steigerung: dreijährig um 300 M.

Künftig:

Gehalt 3600 bis 6600 M. Dieselben Nebenbezüge, die aber für Verheiratete mit 1000, für Unverheiratete mit 800 M. angerechnet werden. Steigerung: dreijährig siebenmal um 400, einmal um 200 M.

Die Aufbesserung besteht in: Erhöhung des Anfangsgehaltes um 400, des Endgehaltes um 1800 M. Steigerung um 400 statt um 300 M. Erhöhung des pensionsfähigen Wertes der Nebenbezüge um 500 M.

Assistenzärzte.

Bisher:

Gehalt 1800 bis 2200 M. und freie Station. Steigerung: alljährlich um 200 M.

Künftig:

Gehalt 2000 bis 2400 M. und freie Station. Steigerung: alljährlich um 200 M.

Die Aufbesserung besteht in: Erhöhung um 200 M.

Wenn mit diesen Gehaltserhöhungen auch nicht alle Wünsche erfüllt sind, die der Deutsche Verein für Psychiatrie ausgesprochen hat, so bilden sie doch einen erheblichen Fortschritt. Für die Assistenzärzte sind die Wünsche sogar übertroffen.

O. Snell-Lüneburg.



— **Deutscher Verein für Psychiatrie. Rechnungsabschluss** für das Jahr 1908.

A. Einnahmen:

Kassenbestand aus dem Vorjahre . . .		5830,16 M.
Dazu 544 Mitgliederbeiträge für 1908 à 5 M. . . .	2720,— M.	
2 Mitgliederbeiträge für 1909 à 5 M.	10,— „	
Ersatzporto	19,29 „	
Zinsen von nominal 3000 M. $3^1/_2$ % Pfandbriefe für 1908	105,— „	
Zinsen von nominal 2500 M. 3 % Pfandbriefe für 1908	75,— „	
Zinsen der Stadtsparkasse Lauenburg i. P.	18,07 „	
Zinsen vom Guthaben der Allgemeinen Rentenanstalt Stuttgart nicht erhoben .	— „	951,36 „
Summe der Einnahmen		8777,52 M.

B. Ausgaben:

a) Druck und Versand der Vereinsschriften, Einladungen etc.	401,70 M.	
b) Reisekosten der Vorstandsmitglieder	385,20 „	
c) Kosten der Jahresversammlung	308,— „	
d) Beitrag zur Laehr-Stiftung	1000,— „	
e) Auslagen bei der Kassenführung	62,50 „	
f) Kranzspenden	15,— „	
g) Auslagen der Kommission für das Idiotenwesen . .	174,70 „	2347,10 M.
Bleibt Bestand		6430,42 M.

Vorhanden in:

Nominal 3000 M. $3^1/_2$ % Zentral-Pfandbriefe; Ankaufswert	2930,85 M.
Nominal 2500 M. 3 % Pfandbriefe; Ankaufswert	2168,35 „
h) Sparkassenschein der Allgemeinen Rentenanstalt in Stuttgart	1300,— „
Barbestand der Vereinskasse	31,22 „
	6430,42 M.

Winnental, den 1. März 1909.

Der Kassenführer

gez. Med.-Rat Dr. H. Kreuser.

— **Möbiusstiftung.** Das Vermögen der Stiftung betrug laut der von der Stiftungsbuchhalterei des Rates der Stadt Leipzig abgelegten und vom Stiftungsamt des letzteren geprüften und richtig gesprochenen Rechnung am 31. Januar 1908 7258 M. 59 Pf. Dazu kommen in diesem Jahre eingegangene 100 M., welche der Berliner Verein für Psychiatrie und Nervenkrankheiten der Stiftung geschenkt hat. Dem genannten Verein sei auch an dieser Stelle dafür bestens gedankt.

— **Göttingen.** Zum dirigierenden Arzt des neu erbauten Prov.-Verwahrungshauses ist Professor Dr. L. W. Weber ernannt. Seine bisherige Funktion als Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt behält Prof. Weber bei.

Referate.

— Die **Zeitschrift für Religionspsychologie** hat soeben ihren zweiten Jahrgang vollendet. Die nachstehende Inhaltsübersicht dieses Jahrgangs legt Zeugnis davon ab, daß wiederum ein beträchtliches Stück Arbeit auf diesem hochinteressanten Gebiet geleistet worden ist. Aber fast unübersehbar viele Fragen harren noch der Erforschung und Beantwortung, und für Psychiater und Nervenärzte gibt es reichlich Stoff zum Studium.

Die Antworten, welche auf die Umfrage über das Thema: religiöses Schuldbewußtsein eingegangen sind, erscheinen in den beiden ersten Heften des kommenden — dritten — Jahrgangs. Den Herren Autoren sei an dieser Stelle bestens gedankt. Weitere fachmännische Äußerungen über diese Spezialfrage sind sehr erwünscht. —

1. Heft: Zur Psychologie des Dogmas. Von Dr. K. Weidel, Magdeburg. — Die angeblichen sexuellen Wurzeln der Religion. Von Medizinalrat Dr. P. Näcke in Hubertusburg. — Zur Methode religionspsychologischer Forschung. Von Pfarrer Lic. Freytag in Reichenberg (Westpreußen). — Aus der Literatur: Glaube, Dogmen und geschichtliche Tatsachen. Von Chr. Pesch. — Die Religionsphilosophie Kaiser Julians, in seinen Reden auf König Helios und die Göttermutter. Von Dr. G. Mau. — Vermischtes: Religiöse Leichtgläubigkeit.

2. Heft: Biblische Erziehungswerte, psychologisch beleuchtet. Von Anton Willuhn. — Vorstudien für sozialpsychologische Religionslehre. Von Lic. theol. Lehmann, Bad Elgersburg i. Th. — Aus der Literatur: Mechthild von Magdeburg: Das fließende Licht der Gottheit. Von Sigmund Simon. — Meditation. Von H. B. Mitschell. — Die Fragen des Königs Menandros. Von Dr. O. Schrader.

3. Heft: Die psychischen Motive der Opfergebräuche in der Stufenfolge ihrer Entwickelung. Von Prof. D. Dr. Georg Runze. — Krankheit oder Sünde? Von Oberarzt Dr. med. Georg Ilberg. — Aus der Literatur: Schleiermachers geschichtsphilosophische Ansichten in ihrer Bedeutung für seine Theologie. Von Lic. H. Mulert. — Religie en gemeenschap bij de natuurvolken. Von Visscher.

4. Heft: Krankheit oder Sünde? Referat von Strafanstaltspfarrer Dr. J. Jaeger. — Krankheit oder Sünde? Von Oberarzt Dr. med. Georg Ilberg. (Schluß.) — Vermischtes: Aberglaube in New-York.

5. Heft: Die biblische Anschauung von Geist und Seele und die moderne Erkenntnis des „Unbewußten" und des „Bewußtseins". Von Fr. Sperl. — Die Furcht als primäres Phänomen des religiösen Bewußtseins. Von G. Stosch. — Philosophie und Religion. Replik von Dr. von Neupauer, Innsbruck. — Aus der Literatur: Lourdes. Historisch-kritische Darstellung der Erscheinungen und Heilungen. Von Georges Bertrin. — Vermischtes: Aberglauben in Frankreich.

6. Heft: Ist die Religionspsychologie eine besondere Wissenschaft? Von Prof. D. Dr. Georg Runze. — Zur Psychologie der Ekstase. Von Dr. Karl Weidel, Magdeburg. — Zum psychologischen Verständnis der Religion des Amerikaners. — Von Robert Schwellenbach in Berlin. — Aus der Literatur. William James, Die religiöse Erfahrung in ihrer Mannigfaltigkeit. — Unsterblichkeit. Eine Kritik der Beziehungen zwischen Naturgeschehen und menschlicher Vorstellungswelt. Von Hermann Graf Keyserling. — P. Don Ferdinand Sterzinger, Bekämpfer des Aberglaubens und Hexenwahnes



und der Pfarrer Gaßnerschen Wunderkuren. Von Dr. Hans Fieger. — Die Wiedergeburt der Philosophie. Von Karl Stumpf.

7. Heft: Zum Ursprung der Religionen. Von Dr. P. Näcke. — Furcht und Ehrfurcht als Religionsstifterinnen. Von E. Kleemann. — Das sexuelle Moment in der religiösen Ekstase. Von Hans Freimark. — Aus der Literatur. Paul Kleinert, Musik und Religion, Gottesdienst und Volksfeier. — Theod. Kappstein, Psychologie der Frömmigkeit — Th. J. Hudson, Der göttliche Ursprung des Menschen und sein Beweis durch die Evolution und Psychologie. — Eugen Wenz, Der Weg zur kulturellen Einigung oder kleiner Katechismus der Volkswohlfahrt.

8. Heft: Die 55. Generalversammlung der Katholiken Deutschlands. Von Dr. F. Moerchen, Oberarzt in Ahrweiler. — Religion und Geschlechtsliebe. Von Georg Runze. — Aus der Literatur: René Prévôt. Antwort der französischen Katholiken an den Papst. — Programm der italienischen Modernisten. — Assessor Dr. A. ten Hompel, Indexbewegung und Kulturgesellschaft.

9. Heft: Religion und Geschlechtsliebe. Zur Methode der Bestimmung ihrer gegenseitigen Beziehungen. Von Georg Runze. — Die Psychologie der Kinderpredigt. Von Anton Willuhn. — Aus der Literatur: l'Houet, Zur Psychologie des Bauerntums. — Karl Weidel, Die Persönlichkeit Jesu.

10. Heft: Schopenhauers Beziehungen zur Mystik. Von Dr. Erich Ludwig Schmidt. — Zur Metaphysik des Tragischen. Von Dr. Karl Weidel. — Die Bedeutung der skeptischen Methode und ihres Tones für die Sprachpsychologie. Von Dr. Roland Schütz. — Aus der Literatur: Lic. theol. Dr. Gottlob Meyer, Das neue Testament in religiösen Betrachtungen für das moderne Bedürfnis.

11. Heft: Religiöse Verbrecher. Von Dr. Albert Hellwig. — Moderner Pseudomessianismus. Von Dr. Theodor Witry. — Die Seelsorge an den Paralytikern. Von Daniel Forck.

12. Heft: Die Konkordienformel und die Psychologie. Von Pfarrer Friedrich Sperl. — Das Transzendenzproblem in der Religion. Von Dr. Karl Weidel. — Die Seelsorge an den Paralytikern. Von Daniel Forck. — Aus der Literatur: Paul Natorp, Religion innerhalb der Grenzen der Humanität. — Pratt, The psychology of religious belief — J. A. Petit, Das Christentum, sein Wesen, seine Abweichungen, seine Zukunft. — Alex. Sokolowsky, Beobachtungen über die Psyche der Menschenaffen. — Die Ueberwinder des Todes. — Benno Erdmann, Umrisse zur Psychologie des Denkens. — Max Werner, Das Christentum und die monistische Religion. — Vom Erkennen zum Schauen.

Die nächsten Hefte enthalten ferner u. A. folgende Aufsätze:

Prof. D. Dr. Runze (Berlin): Der Kampf um den Christusglauben und die Psychologie — Pastor Kleemann (Leipzig): Psychologie der religiösen Geschmacklosigkeiten. — Pastor Dr. Wallfisch (Tilsit): Zum Problem der Mystik. — Oberarzt Dr. Mörchen (Ahrweiler): Wirklichkeitssinn und Jenseitsglaube. — Prof. D. Pratt (Williamstown): Religionspsychologie in Amerika. — Oberlehrer Dr. Weidel (Magdeburg): Märchen und Religionswissenschaft. — Dr Wohlrab, Religion bei Römern und Griechen. — Dr. med. Eisenstadt (Berlin): Die Sozialpsychologie und Sozialpsychopathologie der Juden im Lichte der Religionspsychologie.

— **Psychische Grenzzustände**. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Carl Pelman. Cohens Verlag, Bonn 1909.

Ein reiches und mannigfaltiges Material findet sich im vorliegenden Buche zusammengestellt. Wir lesen vom Verbrecher, Trinker, Lügner und Querulanten, von Zwangsvorstellungen, Affekten, Sinnestäuschungen, psychischen Volkskrankheiten und vielem anderen mehr. Die verschiedensten Wissenschaften haben Beiträge zu der Verarbeitung des heutzutage so modernen Stoffes liefern müssen: Literatur, Geschichte, Psychologie und Psychiatrie. Ein Zeugnis für die erstaunliche Belesenheit des Verfassers! Das Fehlen von Quellenangaben, wofür der Verfasser im Vorwort die Erklärung gibt, wird mancher Leser bedauern, der den anregenden Ausführungen selbständig weiter folgen will. Das schmälert jedoch in keiner Weise den Wert des Buches für dasjenige Publikum, für dessen Aufklärung und Belehrung es vor allem bestimmt zu sein scheint, nämlich für Juristen und die sog. Gebildeten.

Voss (Greifswald).

Personalnachrichten.

— **Provinzial-Irrenanstalt bei Schleswig.** Medizinal-Praktikant Arno Wöhler ist am 2. Januar d. Js. hier eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 5. 24. April **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Über die strafrechtliche Beurteilung der Minderjährigen. Von Dr. B. Risch, Oberarzt, Eichberg. (S. 37.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VIII. Aus der Literatur des Jahres 1908 zusammengestellt. Von Privatdozent Dr. G. Voß. (Schluß.) (S. 40.) — Mitteilungen (S. 42): Zustände in der Heidelberger Universitäts-Irren-Klinik. Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens. Verein bayrischer Psychiater.

Über die strafrechtliche Beurteilung der Minderjährigen.

Von Dr. *B. Risch*, Oberarzt der Landesirrenanstalt Eichberg im Rheingau.

Die Eröffnung des Jugendgerichtshofs in Frankfurt a. M. und Breslau bedeutet einen wichtigen Kulturfortschritt, der auf erfreulichem Verständnis für naturwissenschaftliche Erkenntnis beruht. Und doch wird von mancher Seite ein Standpunkt vertreten, der geeignet erscheint, die wichtigsten Gesichtspunkte, die für das humane Interesse eines Jugendgerichtshofes maßgeblich sein müssen, in den Hintergrund zu drängen. Demgegenüber erscheint es wünschenswert, daß diejenigen Momente hervorgehoben werden, welche die Forderung eines Jugendgerichtshofes in unserer Zeit zu einer gebieterischen machen. Es ist das vor allem die wichtige naturwissenschaftliche Erkenntnis, daß das Kind ein unentwickeltes Gehirn hat und daher nicht wie ein Erwachsener mit entwickeltem Gehirn behandelt werden kann. Die Funktionen der menschlichen Seele hängen, wie wohl allgemein anerkannt werden dürfte, von der Zahl und der Ausbildung der zelligen Elemente ab, aus denen die Hirnsubstanz sich zusammensetzt. Die komplizierten seelischen Vorgänge, welche wir den Charakter nennen, unser gesamtes Fühlen, Denken und Wollen ist ein Resultat der Tätigkeit und des Zusammenarbeitens unzähliger winziger Organismen. Letztere sind durch zahlreiche Bahnen (die Nervenbahnen) miteinander verbunden, in welchen der Nervenstrom kreist. Von der Stärke des Stroms, welcher den einzelnen Zellkomplexen zufließt und dieselben reizt, d. h. zur Funktion bringt, hängt die Intensität bestimmter psychischer Vorgänge (Affekte, Gefühle, Überwertigkeit einzelner Vorstellungen usw.) mehr oder weniger ab.

Über die Natur der Reizwelle im Nerven und in der Zelle selbst bestehen zahlreiche Hypothesen. Wie ich an anderer Stelle (Denksperrung eine Schutzmaßregel des Nervensystems) erörtert habe, sprechen manche Gründe dafür, daß der Nervenstrom ein dem elektrischen Strom gleichwertiger physikalischer Vorgang ist, und daß die Tätigkeit oder Untätigkeit der zelligen Elemente in der Bildung oder in der Lösung und Entfernung isolierender Stoffwechselprodukte der Ganglienzellen besteht.

Eine Verletzung der Nervenbahnen und das Fehlen oder die ungenügende Entwicklung einzelner Hirnpartien führen bekanntlich zu einem Ausfall seelischer Leistungen, zu einem Defekt. Die naturwissenschaftliche Forschung hat die erfahrungsgemäß längst bekannte Tatsache bewiesen und im einzelnen begründet, daß in dem Gehirn des Kindes diese wichtigsten Bestandteile noch in völlig unentwickeltem, leistungsunfähigem Zustand vorhanden sind. Erst im Laufe zweier Jahrzehnte entwickelt sich dem Wachstum der übrigen inneren Organe entsprechend auch das Gehirngewebe. Jedoch geht dieses Wachstum ungemein langsam vor sich, und erst nach dem Pubertätsalter finden wir ein schnelleres Fortschreiten der ethischen Begriffs- und Urteilsbildung. Besonders die sogenannten höheren Gefühle und das tiefere Verständnis der sittlich-ethischen Grundlage gesetzlicher Bestimmungen pflegen spät, bei einem großen Teil der Menschen niemals zu kommen. Daher gilt zivilrechtlich der Mensch als volljährig, d. h. als psychisch vollwertig, mit dem 21. Lebensjahre. Der Gesetzgeber hat also angenommen, daß das menschliche Gehirn mit Eintritt des 21. Lebensjahres so weit entwickelt ist, daß volle seelische Leistungsfähigkeit erwartet werden muß. Im Gegensatz zu dieser Auffassung steht die strafrechtliche Beurteilung des Kindes, die dem Standpunkt unseres heutigen Wissens von der Kinderseele in nicht genügender Weise



Rechnung trägt. Es ist falsch, anzunehmen, daß in einem unentwickelten Gehirn die Einsicht für strafrechtliche Verantwortung im Sinne des § 56 des Strafgesetzbuchs vorhanden sein kann. Trotzdem wird strafrechtlich bereits vom zwölften Lebensjahre ab angenommen, daß der Mensch „bei Begehung einer strafbaren Handlung die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht“ besitzen kann. Allerdings bestimmt der § 56 des Strafgesetzbuchs, daß ein Angeschuldigter nach dem zwölften und vor dem 18. Lebensjahre freizusprechen ist, wenn er die zur Erkenntnis der Strafbarkeit seines Verstoßes gegen das Strafgesetz erforderliche Einsicht nicht besaß. Der Richter wird aber selbstredend, wenn ein Kind zugibt, zu wissen, daß die betreffende Handlung verboten ist, annehmen, daß die vom Gesetze erforderte Einsicht vorhanden ist. Nur so ist es zu erklären, daß Kinder in einem Alter, in welchem von einer Psyche, die wir beim Erwachsenen finden, überhaupt keine Rede sein kann, zu schwerer Gefängnisstrafe verurteilt werden. Solange die naturwissenschaftliche Erkenntnis von der ungenügenden Gehirnentwicklung des Kindes noch nicht Allgemeingut war, konnte eine derartige Anwendung des Strafverfahrens, die für das vollentwickelte Gehirn des Erwachsenen gedacht ist, erklärlich sein. Geradezu im Widerspruch aber mit der Naturkenntnis unserer Zeit sind solche Auffassungen der kindlichen Seelentätigkeit heutzutage. Unser Handeln ist die Folge unseres Fühlens und Denkens. Solange die Grundlagen für diese seelischen Leistungen, die Begriffe, Vorstellungen, Urteile und Gefühle einfach fehlen, kann selbstredend von einem richtigen Wollen und Handeln keine Rede sein. Äußere Anlässe und innere asoziale Impulse werden als selbstverständliche Reaktion Handlungen auslösen, welche unter Umständen schlecht und asozial sein können. Erst ganz allmählich gewinnt der Mensch hemmende Vorstellungen und Ideengänge, welche die schlechten Impulse unterdrücken. Ein Abschluß der Gehirnentwicklung kann vor dem 21. Lebensjahre nicht angenommen werden. Daß der Gesetzgeber diese naturwissenschaftlichen Tatsachen nicht kennen konnte, ist selbstverständlich. Diese Tatsachen waren damals eben nicht festgestellt. Dementsprechend konnte auch keine Anwendung derselben auf die Gesetzgebung eintreten. Und das sehr zum Schaden der Menschen, die noch keine Psyche besitzen, wie sie der Gesetzgeber voraussetzt.

Wenn der Erwachsene, speziell der Richter das Kind eine asoziale Handlung begehen sieht, so wird er irrigerweise bei demselben ähnliche psychische Vorgänge voraussetzen, wie sie einer gleichartigen Handlung des Erwachsenen vorauszugehen pflegen. Er wird gar zu leicht annehmen, daß bei dem Kinde dieselben schlechten Antriebe mit gleicher Intensität, dieselben ethischen Hemmungen vorhanden sind, und daß ähnliche Urteile und Schlüsse, wie er sie selbst vor dem Begehen einer Handlung zu ziehen gewohnt ist, auch von dem Kinde gezogen werden können oder gar gezogen werden müssen. Kurzum, bei der Beurteilung des Kindes sieht er in letzterem das Spiegelbild seiner eigenen Seele, d. h. die Seele des Erwachsenen. Da er seine Seele in der Psyche des Kindes sieht und irrigerweise auch zu finden glaubt, wird er zu falschen Schlußfolgerungen gelangen und das Kind nicht gerecht beurteilen. In das Fühlen und Denken des Kindes wird hineingelegt, was demselben völlig fehlt, nämlich die Funktion des erwachsenen Gehirns.

Man macht sich diese Tatsachen am besten an Anschauungen klar, die weit zurückreichen und trotz ihrer Lächerlichkeit für unsere jetzigen Begriffe von den klügsten Leuten ihrer Zeit geteilt wurden. So wurden bekanntlich im Mittelalter Tiere einem Gerichtsverfahren unterzogen, wie Menschen und Geisteskranke für ihre Handlungen bestraft. Man erkannte eben nicht die anders geartete Hirnorganisation des Tieres und schloß aus dem Treiben und Verhalten desselben auf dieselben seelischen Vorgänge, die man an sich selbst kannte. Wenn wir uns seit Jahrhunderten aus solcher Auffassung herausgearbeitet haben, so sind wir doch noch rückständig in der Beurteilung der kindlichen Psyche.

Der Umstand, daß nach allgemeiner Auffassung die Hirnfunktionen des Tieres sich nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ von der menschlichen und speziell von der kindlichen Psyche unterscheiden, berührt die hier angeregte Frage nicht. Vergleichen wir weiterhin die Psyche des Kindes mit der auf krankhafter Basis qualitativ veränderten Psyche des Erwachsenen, also des Geisteskranken im weiteren Sinne des Worts. Früher wurden Geisteskranke bestraft. In ihnen steckte „der Böse“, wurde angenommen, und die Sünden wurden den armen Kranken durch allerhand Peinigungen ausgetrieben. Dahin gehört das traurige Kapitel der Verfolgungen von Hexen und anderer „vom Teufel Besessenen“. Heutzutage finden wir die Zumutung, einen Geisteskranken zu bestrafen, selbstredend lächerlich. Vom Gesichtspunkte der strafrechtlichen Verantwortlichkeit im Sinne der Gesetzgebung aus, deren Prämisse eine vollwertige Psyche ist, besteht, wie ohne weiteres zugegeben werden muß, kein prinzipieller Unterschied zwischen der krankhaft veränderten und



der kindlichen Psyche. Wir haben es in beiden Fällen mit qualitativen und quantitativen Verschiedenheiten von der Funktion des entwickelten Gehirns zu tun. Der Geisteskranke hat seine vollwertige Psyche verloren. Das Kind hat eine solche noch nicht erworben. Den Handlungen beider fehlen die Voraussetzungen derjenigen seelischen Vorgänge, aus denen der Begriff der Verantwortlichkeit resultiert. Betrachten wir die seelischen Mißbildungen, die wir als Geistesstörungen im weiteren Sinne auffassen. Dieselben beruhen im wesentlichen auf einem Stillstand des Gehirns auf kindlicher Stufe. Derartige Kranke bleiben demgemäß ihr Leben lang in bezug auf ihre Psyche Kinder, während die körperliche Entwicklung bekanntlich häufig zur vollen Ausbildung gelangt. Es gibt aber doch sicherlich niemanden, der ein derartiges an „Imbezillität" z. B. leidendes Individuum für seine Willensäußerungen verantwortlich machen wollte. Man macht die Imbezillen und Idioten bekanntlich, soweit sie gemeingefährlich sind, in geschlossenen Anstalten unschädlich und sucht durch Gewöhnung an Ordnung der Lebensführung, Arbeit und Beherrschung der asozialen Triebe und Instinkte einen höheren Grad der Entwicklung ihrer geistigen Funktionen zu erzielen. Indem man sie wie Kinder behandelt und erzieht, erreicht man in einer Reihe von Fällen, daß solche Individuen in engerem Wirkungskreise unter Umständen auch außerhalb der Anstaltsdisziplin und Kontrolle in entsprechendem Maße sozial brauchbar werden. Genau dieselben Gründe also, welche bei einem mißbildeten, dauernd unentwickelten oder durch krankhafte Vorgänge in seiner normalen Funktion veränderten Gehirn die Verantwortlichkeit für einzelne seelische Äußerungen (Willensäußerungen) ausschließen, gelten auch für das kindliche Gehirn. Ebensowenig wie bei einem mit abnormem Gehirn behafteten Menschen ein physiologischer Ablauf der psychischen Geschehnisse vor dem Eintritt der Handlung stattfinden kann, ebensowenig sind wir berechtigt, bei einem nicht vollwertigen Gehirn einen solchen anzunehmen. Der Kernpunkt in dieser Frage ist 1. der Umstand, daß wir uns klar werden über die physisch bedingte Unmöglichkeit der zur strafrechtlichen Beurteilung erforderlichen Prämissen bei den asozialen Handlungen der Minderjährigen, und 2. der Umstand, daß wir uns über die Schwierigkeit klar werden, welche die richtige Beurteilung des Grades der im Einzelfalle vorliegenden Gehirnentwicklung bietet. Diese Schwierigkeit entspricht in manchen Fällen der richtigen Erkennung des Grades einer etwa vorhandenen Imbezillität oder einer anderen Hirnanomalie.

Von größtem Einfluß auf unser Handeln ist der Charakter des Menschen. Der Charakter bildet eine Grundlage, aus welcher die Widerstände entstehen, welche sich den schlechten Einflüssen und in diesem Sinne schädlichen Einwirkungen der Außenwelt entgegenstellen. Der Versuchung, eine asoziale Handlung zu begehen, ganz gleich ob der Antrieb spontan unserem Innern entsteigt oder ob sichtliche äußere Reize denselben bedingen, sind wir zu begegnen imstande zufolge unseres gefestigten Charakters. Der Erwachsene hat eine Anzahl ethischer Gefühle durch die Eindrücke erworben, welche im Laufe zweier Jahrzehnte die zahllosen Reize der Außenwelt in der Hirnrinde hinterlassen haben. Die Irradiationen der einzelnen Vorstellungen und die assoziative Verknüpfung derselben haben zu der Hochwertigkeit bestimmter Gefühlstöne geführt, deren Summe im wesentlichen diejenigen psychischen Vorgänge ausmacht, die wir unter den Begriff „Charakter" zusammenfassen. Die Festigkeit dieser Vorstellungsgruppen und Erinnerungsbilder und die Überwertigkeit derselben gegenüber anderen Gefühlen, Trieben und Gedankengängen ermöglicht es dem Erwachsenen, von fremden Peronen ihm zugehenden, als Versuchung wirkenden Ideengängen zu widerstehen. Das Kind muß physiologisch leicht beeinflußbar sein in gleichem Maße zum Guten wie zum Bösen. Es vermag fremden Gedankengängen, die auf sein gewissermaßen wehrloses Gehirn eindringen, keine eigenen festgefügten gegenüberzustellen. Denn es hatte noch keine Gelegenheit, dieselben zu erwerben. Daher kann es nicht nur bei gewissen herantretenden Versuchungen unterliegen, sondern es muß unterliegen. Es muß desto mehr der Beeinflussung durch Kameraden, Lektüre und besonders durch Erwachsene unterliegen, je weniger Alter und Milieu, d. h. die Zahl der äußeren Einwirkungen und Einflüsse, ihm Zeit und Gelegenheit boten, feste, unser Handeln beherrschende Zielvorstellungen und Gefühle auszubilden. Wenn ein Individuum mit noch nicht vollwertiger Psyche ein Verbrechen gemeinsam mit anderen geistig unentwickelten Personen oder gar Erwachsenen begeht, so wird in zahlreichen Fällen anzunehmen sein, daß es nicht anders gekonnt hat. Es fehlte der Charakter und damit die Fähigkeit, selbständig bestimmte Urteile zu entwickeln und die gezogenen Schlüsse anderen gegenüber zu behaupten.

Besonders einleuchtend wird diese Erwägung, wenn man berücksichtigt, daß ein großer Teil unserer Seelentätigkeit sich ausschließlich aus Nachahmung zu entwickeln pflegt. Das unentwickelte Gehirn vermag sich überhaupt nur zu entwickeln, indem es nachahmt. Das Kind lernt sprechen und denken

nur seinem Nachahmungstriebe folgend. Wie außerordentlich spät erst die Fähigkeit, ohne Nachahmung geistig produktiv zu sein, erworben werden kann, sehen wir bei den Meistern der Kunst und Wissenschaften. Auch unsere bedeutendsten Maler, Bildhauer und Musiker vermögen Jahrzehnte lang, während welcher sie bereits schöpferisch tätig sind, sich nicht von dem Einfluß ihrer Lehrer oder großer Zeitgenossen zu befreien. Sie ahmen nach und lehnen sich in ihren Erstlingswerken fast durchweg an andere an, die ihnen geistig bei weitem nicht überlegen sind. Sie müssen erst durch Nachahmung lernen; und nur die Größe ihrer Begabung läßt sie allmählich hinauswachsen über ihre Lehrer. Wie wir an diesen allgemein bekannten Erfahrungstatsachen sehen, braucht das menschliche Gehirn nach der Entwicklung einer mittelgradigen Leistungsfähigkeit, die etwa mit dem 21. Lebensjahre abgeschlossen ist, noch lange Jahre, bevor es auf anderen, früher sozusagen nicht genügend ausgebauten Gebieten seinen physiologischen Höhepunkt erreicht. Wie man den Künstler nicht dafür verantwortlich machen kann, daß er vor Entwicklung der zelligen Elemente seiner Hirnrinde nicht frei von jedem Einfluß seine größten Werke schafft, ebensowenig kann das Individuum mit unentwickeltem Gehirn für seine asozialen Handlungen bestraft werden, die es gemeinsam mit anderen begeht. Wie der Künstler nur in langer Arbeit zu Selbständigkeit der Produktion sich hindurchzuringen vermag, so muß bei dem kriminellen Menschen mit nicht vollwertiger Psyche Erziehung zum rechten Wollen, also Festigung der Charaktereigenschaften, als die einzige Maßnahme erachtet werden, welche vom Standpunkte der Gerechtigkeit aus in Frage kommen kann.

Es sei mir gestattet, einen zweiten Vergleich anzuführen, der diese allgemein bekannten und uns doch in gegebenem Falle nicht scharf genug zum Bewußtsein kommenden Tatsachen illustriert. Die inneren schädlichen und schlechten Antriebe und die von außen an die kindliche Psyche herantretenden Einflüsse und Versuchungen sind vergleichbar dem Angriffe eines starken Mannes. Das Kind mit seiner schwach entwickelten Kraft der Armmuskeln muß sofort unterliegen, wo der Erwachsene einen ebenbürtigen Widerstand leisten würde. Genau so schwach wie sein Arm ist das Gehirn des Kindes. Es muß einem unwiderstehlichen inneren Zwange folgend dem Willen und den Gründen des Versuchers sowie den inneren schlechten Impulsen nachgeben, die für den Erwachsenen kaum des Kampfes wert sind. Der Erwachsene belächelt unzählige Versuchungen, die dem Kinde unüberwindlich sind.

Betrachten wir die Verbrechen des Kindes näher, so muß der Satz gelten, daß es verkehrt ist, den Begriff des Verbrechens überhaupt auf die Äußerungen der unentwickelten Psyche in Anwendung zu bringen. Das Kind begeht keine Verbrechen, sondern es handelt unrichtig, im Sinne der vollwertigen Psyche töricht. Viele psychologischen Motive, die unseren Handlungen zugrunde liegen, kennt die unentwickelte Psyche nicht, die meisten Motive, aus denen das Kind handelt, sind uns dagegen unverständlich. Eine außerordentlich wichtige Rolle bei der Begehung von unrichtigen und asozialen Handlungen spielt der Nachahmungstrieb, der, wie bereits erwähnt wurde, eine physiologische Grundbedingung unserer intellektuellen Entwicklung bildet.

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VIII.

Aus der Literatur des Jahres 1908 zusammengestellt.

Von Privatdozent Dr. *G. Voss.*

(Schluß.)

§ 650.

Die Überweisung ist nur bei bestehendem Zweifel über das Vorhandensein von Geisteskrankheit veranlaßt. Solchenfalls kann es von ausschlaggebender Bedeutung für die Entscheidung sein, daß der entscheidende Richter selbst den zu Entmündigenden sieht und hört. Bestehen aber nach dem bereits vorliegenden Material (Anstaltskrankengeschichte) begründete Zweifel in jener Hinsicht nicht, so ist die Vernehmung des zu Entmündigenden sachlich überhaupt nicht von wesentlichem Belang; sie erfolgt in diesem Falle hauptsächlich, um der Vorschrift des § 654, 1 zu genügen. Das Gesetz selbst geht davon aus, daß die Vernehmung durch den entscheidenden Richter nicht immer erforderlich ist, denn es bestimmt im § 654 Abs. 2, daß sie auch durch einen ersuchten Richter erfolgen kann. Ob das eine oder andere zu geschehen hat, ist nach den angeführten Gesichtspunkten zu bemessen. (Bay. O. L. G., 2. Nov. 1908.)

D. R. Sp. 630. Entsch. Nr. 3462.



§ 664, 3.

Das die Entmündigung der Klägerin betreffende Verfahren hat insofern einen ungewöhnlichen Verlauf genommen, als der von der St. A. gestellte Antrag nur auf Entmündigung wegen Geistesschwäche lautete, während das A. G. die Entmündigung wegen Geisteskrankheit beschlossen hat. Nun hat der Berufungsrichter in Übereinstimmung mit dem ersten Richter zwar festgestellt, daß die Klägerin vor dem 15. Mai 1906 von der Entmündigung Kenntnis erhalten habe. Er geht dabei jedoch über die Frage hinweg, wann der Klägerin der Grund ihrer Entmündigung bekannt geworden ist. Klägerin selbst will ihn erst am 9. Juni 1906 erfahren haben. Rechtlich kommt es nach der Meinung des Berufungsrichters hierauf nicht an, weil es genüge, um die Frist des § 664, 3 Z. P. O. gegen den Entmündigten in Lauf zu setzen, wenn dieser nur schlechthin von der Tatsache der Entmündigung Kenntnis erlange. Daß er auch den Entmündigungsgrund erfahre, sei nach dem Wortlaute des Gesetzes nicht erforderlich. Mit der Begründung der Revision wird gerügt, daß § 664, 3 Z. P. O. durch unrichtige Anwendung verletzt sei. Die Rüge ist begründet. Zunächst spricht der Wortlaut der Gesetzesstelle nicht, wie der Berufungsrichter meint, für, sondern gegen seine Ansicht. (Wird ausgeführt.) Von der Gesetzesfassung abgesehen stände dies auch nicht im Einklange damit, daß der wegen Geisteskrankheit Entmündigte, soweit es sich um die Anfechtung der Entmündigung handelt, in allen Beziehungen als prozeßfähig zu gelten hat. Gleichviel ob die Entmündigung bereits in Wirksamkeit getreten ist oder nicht (§ 661 Z. P. O., § 104 Nr. 3 B. G. B.), ist er rechtlich befähigt, nach eigener freier Wahl für den Anfechtungsprozeß einen Prozeßbevollmächtigten zu bestellen (R. G. 34, 386 ff.). Er ist, wie weiter in der reichsgerichtlichen Rechtsprechung bereits feststeht, zur persönlichen Ausübung des Ablehnungsrechts gegenüber einem Richter befugt (R. G. 35, 351 ff.), er vermag nicht minder in eigener Person Beschwerde einzulegen (vergl. den Beschluß des Senats vom 2. Mai 1904, Gruchots Beitr. 48, 1149). Wird ihm daher im § 664 für seine eigene Entschließung eine Frist gesetzt, so wird auch in dieser Beziehung nicht von der Unterstellung seiner Unfähigkeit zur Abwägung der in sein Belieben gestellten Schritte, sondern von der entgegengesetzten Unterstellung ausgegangen. Hängt dabei diese Frist von einem Bekanntwerden mit dem Gegenstande der ihm freigestellten Anfechtung ab, so darf nicht angenommen werden, daß er zu einer Abwägung und Entschließung bei Vermeidung des Rechtsverlustes schon genötigt sein könnte, bevor er noch über den die Tragweite der anzufechtenden Entmündigung bestimmenden Entmündigungsgrund im Sinne des Gesetzes unterrichtet ist. Freilich wird bei der Bestimmung der Voraussetzungen, unter denen die für den Fristbeginn maßgebende Kenntnis als entstanden anzunehmen ist, immer zu berücksichtigen sein, daß die Fähigkeit des richtigen Erkennens bei einem wegen Geisteskrankheit Entmündigten in Wirklichkeit nicht nur fehlen kann, sondern daß sie in der überwiegenden Zahl der Fälle tatsächlich mehr oder minder beeinträchtigt ist. Da dessenungeachtet selbst in Fällen schwerster geistiger Erkrankung von dem Gesetze mit der Möglichkeit des Fristbeginns gerechnet wird, so kann es auf ein wirkliches Verstehen der Entmündigung und ihres Grundes in ausschlaggebender Weise überhaupt nicht ankommen. Wohl aber entsteht im Sinne des § 664, Abs. 3 die Kenntnis von der wegen Geisteskrankheit ausgesprochenen Entmündigung dann, wenn sich dem Entmündigten gegenüber äußere Vorgänge abspielen, die bei einem geistig Gesunden das Bewußtsein von der Tatsache der Entmündigung und die Kenntnis von dem Entmündigungsgrunde hervorrufen müssen. Tritt dieser Fall ein, so wird dadurch die Frist selbst dann in Lauf gesetzt, wenn die Geistesbeschaffenheit des Entmündigten ein geistiges Erfassen des Geschehenen und insbesondere eine zutreffende Würdigung der Rechtslage ausschließt. (Wird weiter ausgeführt.) Hervorzuheben ist schließlich noch, daß, wenn nach dem Erlasse des Entmündigungsbeschlusses der Entmündigte auch nichts weiteres erfährt, als daß er entmündigt worden sei, dies bei Berücksichtigung der Vorgänge des amtsgerichtlichen Verfahrens je nach der Sachlage hinreichen kann, den Beginn des Fristenlaufs als eingetreten anzunehmen. Denn je nach der Art, wie vor der Veranstaltung der erforderlichen Ermittelungen die Vorschrift des § 653 Abs. 1 Satz 2 befolgt, dem Entmündigten also Gelegenheit gegeben worden ist, zu dem Entmündigungsantrage sachlich Stellung zu nehmen, kann die hinzukommende Kenntnis davon, daß dem Entmündigungsantrage stattgegeben sei, eine vollständige Erfüllung der Voraussetzungen des Fristbeginns mit sich bringen. Geht aber wie im vorliegenden Falle der Entmündigungsbeschluß über den Entmündigungsantrag hinaus, so wird sich aus dem Verlaufe des Beschlußverfahrens, insoweit als der Entmündigungsgrund in Betracht kommt, ein Anhalt für das Entstehen einer dem § 664 Abs. 3 entsprechenden ausreichenden Kenntnis wohl nicht gewinnen lassen. Immerhin erscheint es nicht ausgeschlossen, daß auf Grund tatsächlicher nochmaliger Prüfung der Berufungsrichter von neuem

zu dem Ergebnisse gelangen könnte, Klägerin habe in dem vorhin dargelegten Sinne schon mehr wie einen Monat vor der Klageerhebung nicht allein von der Tatsache der Entmündigung, sondern auch von der Annahme des Entmündigungsgrundes der Geisteskrankheit Kenntnis erlangt. Das Berufungsurteil mußte hiernach aufgehoben und die Sache gemäß § 565 Abs. 1 Z. P. O. an das Berufungsgericht zurückverwiesen werden. (Urteil vom 21. Mai 1908. IV.-Berlin.) J. W. pag. 457.

VI. Versicherungsrecht.

Hat die Versicherungsgesellschaft nach § 1 der Unfallsversicherungsbedingungen nur aufzukommen für Schadensfolgen von Verletzungen, „in deren nachweisbar direkter und alleiniger Folge, ohne Mitwirkung irgendwelcher bereits bestehender oder hinzutretender Krankheiten, krankhafter Zustände, Abnormitäten oder irgend anderer Umstände der Tod eintritt", so ist eine Auslegung dahin gerechtfertigt, daß eine bloße konstitutionelle Schwäche oder natürliche Alterserscheinungen u. dergl., selbst wenn sie den schlimmen Verlauf des Unfalls mit beeinflußt haben, dem Anspruche des Versicherten nicht entgegenstehen. Diese Auslegung schließt eine das berechtigte Interesse des Versicherten verletzende Überspannung der im § 1 für den Anspruch gestellten Voraussetzungen aus und es ist nicht anzuerkennen, daß sie die erforderliche Rücksicht auf Treu und Glauben vermissen lasse. (R. G. VII, 28. Februar 1908.)
D. R. Sp. 243. Entsch. Nr. 1445.

VII. Reichshaftpflichtgesetz.

Die Haftung aus § 1 R. H. G. ist nicht gegeben, wenn ein Vater, der in einem Wartesaal von einem Unfall, den seine im Wagenabteil sitzende Tochter infolge eines Zugzusammenstoßes erlitten hat, erfährt, infolge der psychischen Einwirkung in eine schwere Geisteskrankheit verfallen ist. Zwar liegt auch hier ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dieser Gesundheitsschädigung und dem Eisenbahnunfall vor; es fehlt aber an dem zur Anwendung des § 1 R. H. G. erforderlichen näheren Zusammenhang mit dieser Ursache. Denn bei dieser Art von Kausalität ist es ein unwesentlicher und ganz äußerlicher Umstand, daß die Wirkung mit der Ursache örtlich und zeitlich ziemlich nahe zusammenlag, da dieselbe Wirkung ebensogut hätte eintreten können, wenn der Vater nicht Reisegenosse seiner Tochter gewesen wäre und erst nach etwas längerer Zeit zu Hause von dem Unfall erfahren hätte. (R. G. VI, 2. März 1908.)
D. R. Sp. 288. Entsch. Nr. 1709.

Mitteilungen.

— Bemerkungen zu einer Broschüre und einem Vortrag **„Zustände in der Heidelberger Universitäts-Irren-Klinik"**, gehalten in Pforzheim von einem dort irrtümlich fünf Tage Internierten. (Von Knieper, Arzt an der Gr. Heil- und Pflege-Anstalt Pforzheim.)

Im Mai 1907 erschien eine Broschüre „Zustände in der Heidelberger Irren-Klinik" oder „fünf Tage lebendig begraben".

Jetzt hat der Verfasser, „ein dort irrtümlich Internierter", beschlossen, um die Wirksamkeit seiner Schrift zu unterstützen, zum Besten der Menschheit in verschiedenen Städten Vorträge darüber zu halten und mit Pforzheim den Anfang gemacht.

Vortrag und Broschüre haben ungefähr denselben Inhalt.

Daß der Verfasser zu seinem Vorgehen nicht durch Gehässigkeit getrieben wird, kann man ihm glauben. Er macht den Eindruck eines gutmütigen Menschen, der neben einer gewissen, manchmal etwas theatralisch wirkenden Aufgeregtheit nichts Besonderes bietet. Ob hinter ihm andere Leute mit weniger reinen Absichten stehen, weiß ich nicht.

Seine Ausführungen in erschöpfender Weise zu behandeln, scheint mir zu viel. Der Mangel an Sachkenntnis, wie er bei einem nur fünftägigen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik erklärlich ist, und das geringe objektive Urteil treten zu oft zutage.

Wenn gesagt wird, die Kranken seien völlig abgeschlossen von der Außenwelt, Klagen werden meistens als psychopathisch hingestellt, Schreiben werde als Schreibmanie ausgelegt; ferner wenn ein grundsätzlicher Unterschied zwischen Verrückten und Seelischkranken gemacht wird, die in den Kliniken erst zu Verrückten würden und in der Mehrzahl vorhanden seien; schließlich, wenn der Verfasser als Beispiel für das minder vertrauenerweckende Aussehen der Psychiater anführt, ein Arzt habe ihm in der Klinik besonders gefallen, der sich später auch als Nichtpsychiater entpuppt habe, so kann man darüber nicht weiter sprechen.

Wenn der Verfasser nicht zweifellos ein Psychopath wäre, müßte man ihm bei allen guten Willen den Vorwurf der Anmaßung machen, wie man ihn gegen eine fromme Jungfrau erheben könnte, die einen mit Gewalt zu ihrem Glauben bekehren



möchte, ohne daß oder vielmehr weil sie von anderem keine Ahnung hat.

Die Tochter des Kranken hat sich im Alter von 19 Jahren das Leben genommen mit der Begründung, „daß sie zu wenig Kenntnisse besitze und dadurch den gewohnten Lauf des Haushalts nicht befriedigend führen könne".

Die schwache Motivierung deutet darauf hin: Entweder befand sie sich in einem Zustand der Verzweiflung, wie sie bei paranoisch veranlagten neurasthenischen resp. hysterischen Menschen vorkommt, und die Tat geschah in einer Art Dämmerzustand. Oder es war die tiefe Depression einer Manischen, die ohne auslösende Ursache den Selbstmord veranlaßte.

Ähnliche Symptome zeigt der Vater: gesteigerte Erregbarkeit; eine gewisse, vielleicht nur im Unterbewußtsein schlummernde hysterische Eitelkeit — nicht, daß er das Taschentuch in das „Herzblut seines Kindes taucht", sondern daß er es beschreibt, daß er Gedichte macht, die ihn zum Mittelpunkt seiner Umgebung machen, daß er weitschweifig die Korrespondenz mit höher gestellten und hervorgehobenen Titeln wiedergibt, zeigen sie; schließlich die Urteilsschwäche.

Beweis: die Strophe eines Gedichtes, betitelt:

Die echte Frau.

Unmännlich und unecht ist zweifellos der Mann:
„Der sie verehrt als Werkzeug sinnlicher Gelüste
Der sie verehrt als aufgeputzte Kleiderbürste,
Der aus ihr macht ein stumpfes, willenloses Wesen" etc.

Einer unserer Kranken schreibt:

„Frühling."

Vorüber ist des Winters Macht
Die Lüfte wehn gelinder
Neues Leben ist erwacht
Es freut die Menschenkinder.
Die Sonne lacht, der Schnee zerinnt
Der Tag wird immer lichter
Es freuen sich Mann, Weib und Kind
Im Herzen wird es lichter

usf. sechs Strophen.

Darum bleibt er doch ein Paranoiker, der sich für den Sohn des Großherzogs hält.

Ich würde dem Verfasser bei seiner Veranlagung dringend raten, nicht durch neue Aufregungen einen dem früheren ähnlichen Zustand zu provozieren. Er hat ja von seinem Standpunkte aus recht, wenn er sich über die Behandlung beklagt, wenn er das zwangsweise Baden, den Verlust der freien Willensbetätigung, die Gesellschaft von Verbrechern und Geisteskranken, das vielleicht nicht immer ganz taktvolle Benehmen der Wärter, die Massenzurichtung der Speisen usw. sehr peinlich empfindet und sich von Gott und der Welt verlassen vorkommt, wenn nicht alles so geht, wie er sich das gedacht hatte; aber er hat unrecht, wenn er denkt, daß der Arzt die Mängel des Wartpersonals und der Unterbringung der Kranken usw. nicht empfindet. Er hat unrecht, wenn er denkt, daß der Staat, der so schon durch die Irrenfürsorge schwer belastet ist, noch weit mehr tun kann, daß bei einer Massenverpflegung jeder zufriedengestellt werden kann.

Die Forderung, nur praktisch erprobte Irrenärzte anzustellen, nur Menschenfreunde zu Wärtern zu machen, ist ein frommer Wunsch wie etwa, daß zu Pfarrern nur Christen im wahren Sinne gemacht werden sollen. Das muß schon dem Arzte überlassen bleiben, ob er sich für die Behandlung der Irren fähig und zur Lehre der Psychiatrie hingezogen fühlt.

Was nun noch die Forderung betrifft, die Übernahme und Überwachung eines Kranken auch von der Beurteilung durch Laien abhängig zu machen, so hat sie gar keinen Sinn. Es würden nur weitere Formalitäten und Hemmungen geschaffen, deren übergenug für den Psychiater ohnedem bestehen. Außerdem nützt der „gesunde Menschenverstand", den der Verfasser in Gegensatz zur „alles gleichhobelnden" Psychiatrie stellt, gar nichts, wenn er nicht durch Erfahrung und Vorbildung gestützt ist.

Es würde sogar zweifellos oft zu ganz unfruchtbaren Erörterungen zwischen Arzt und Laien kommen, aus denen dieser nicht klüger hervorginge, die aber jenen mißmutig machen würden, so daß er resigniert dem Schalten einer fremden Macht zuschauen möchte.

Im bürgerlichen Leben geht man auch, wenn man sich ein Haus bauen lassen will, zum Fachmann und nicht zu einem, der nichts davon versteht.

Die Kommission der Regierung, die die Anstalten jährlich besucht, findet häufig Kranke, die auf sie einen gesunden Eindruck machen, und erst das Studium der Akten gibt ihr den Beweis von der rechtmäßigen Internierung der Betreffenden.

Der Verfasser erzählt selbst von einer Leidensgefährtin, die vor der Anstaltsbehandlung ins Ausland flüchtete. Von hier schreibt sie über die Verfolgungen, denen sie entgangen sei, u. a. waren zuletzt vier Schutzleute und eine muskulöse Frauensperson hinter ihr her. Daß eine so offenbar Paranoische in ihrem Wahn ihrer Umgebung gefährlich werden kann, ist klar. Der Laie hält sie für gesund.

Daß der Verfasser am Schlusse seiner Abhandlung noch gegen das Korsett loszieht, sei nebenbei erwähnt.

Ebenso, daß in der Anpreisung des Werkes „mit Illustrationen" besonders dick gedruckt ist. Diese bestehen in einer Abbildung des Wartturmes bei Durlach, des Fuchsturmes bei Jena, eines Situationsplanes des Krankensaales und zweier kindlicher Zeichnungen des Waschraumes und zweier Wärter, wie sie Fleisch zerschneiden.

Naiv mutet einen die Forderung eines kritischen Herausgebers an, der das Verleihen von Büchern für eine Unsitte, eine rücksichtslose Schädigung des Verfassers und Verlegers erklärt. Seltsam scheint es mir auch, daß Prof. Dr. Lehmann-Hohenberg nach der Lektüre des Buches erklärt: „Der Verfasser ist geistig durchaus gesund."

Ich möchte da einen Fall aus unserer Anstalt erwähnen. Einem Herrn war erlaubt worden, mit seinem geisteskranken Bruder spazieren zu gehen. Nachher behauptete der Herr, er könne an seinem Bruder nichts Besonderes finden. Dieser, vielfach vorbestraft, erkrankte vor Jahren im Gefängnis. Es traten hypochondrische Klagen, später Wahnideen



konfusester Art auf: sein ganzes Leben sei durch eine Bannbulle in ein Pferd gebannt, er werde durch das Telephon mißhandelt und ähnliche. Heute ist es nicht viel besser. Er bezieht Verbrechen, die er in der Zeitung liest, auf sich, schreibt Broschüren darüber, die wegen ihrer unverständlichen Redewendungen und Wortneubildungen kaum lesbar sind.

Wenn ein Laie selbst in diesem Falle geistige Gesundheit findet, kann es einen auch nicht wundern, wenn aus der oberflächlichen Lektüre eines Buches der Verfasser für geistig gesund erklärt wird.

Was einem das Eingehen auf Laienbroschüren meistens schwer macht, ist der Mangel an Disposition, an Klarheit und Neuheit der Ideen. Denn da die Verfasser gewöhnlich ohne genügende Literaturkenntnis zu Werke gehen, bringen sie ungestört alles, was ihnen einfällt, als „neu", gleichgültig, wie oft es schon dagewesen oder ob es schon widerlegt ist.

Man kommt somit bei der Lektüre zu wenig auf die Kosten, um mit Freude den Überlegungen folgen und sie beantworten zu können. Darum erfolgt auch meist keine Antwort von berufener Seite, und da es sich gewöhnlich um Streitschriften handelt, halten Verfasser und Laienpublikum dies Schweigen für Unterliegen. Nimmt man dazu noch die volkstümliche Schreibart mit ihrem romanhaften, rührseligen Schwung, der den Gedankenmangel oft verdeckt, so kann man wohl die Gefahr begreifen, die eine derartige Flugschrift für das ärztliche Vertrauen bildet.

— **Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens.** 44. Versammlung am 1. Mai 1909, nachmittags 2 Uhr in Hannover, Lavesstraße 26. Tagesordnung: 1. Bruns-Hannover: Neuropathologische Demonstrationen. 2. Cramer-Göttingen: Multiple Sklerose und Unfall, und Alkohol und Unfall. 3. Weber-Göttingen: Über arteriosklerotische Verstimmungszustände. 4. Hirsch-Göttingen: Nervöse Herzstörungen. 5. Cramer-Göttingen: Ist Alkoholismus als selbstverschuldete Krankheit anzusehen? 6. Helmkes-Warstein: Über psychische Infektion. 7. Bolte-Bremen: Eine einfache Methode der Auffassungsprüfung. 8. Eichelberg-Göttingen: Die diagnostische Bedeutung der zytologischen, chemischen und serologischen Untersuchungsmethoden der Spinalflüssigkeit für die Erkrankungen des Zentralnervensystems. 9. Wendenburg-Osnabrück: Fürsorgeerziehung und Psychiatrie. (Vor der Tagesordnung: Demonstration anatomischer Präparate.) 10. Pfoerringer-Göttingen: Über den Zusammenhang von Nervosität und Psyche.

Der Vorsitzende
Gerstenberg-Hildesheim.

Nach der Sitzung findet um 6 Uhr in Kastens Hotel ein gemeinsames Essen statt.

— **Verein bayrischer Psychiater.** Jahresversammlung am 1. und 2. Juni 1909 in der psychiatrischen Klinik zu München. (Dienstag und Mittwoch nach Pfingsten.) Referat: Syphilitische Geistesstörungen. Referenten: Herr Dr. Alzheimer, Herr Dr. Plaut. Anmeldungen von Vorträgen werden an einen der Unterzeichneten bis längstens 15. Mai d. Js. erbeten.

München, 8. April 1909.

Dr. Alzheimer-München. Dr. Vocke-Eglfing.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma:

L. Elkan Berlin O. 27, Raupachstr. 12

bei, den wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 6. 1. Mai **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Über die strafrechtliche Beurteilung der Minderjährigen. Von Dr. B. Risch, Oberarzt, Eichberg. (Fortsetzung.) (S. 45.) — Mitteilungen (S. 48): Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. — Anstaltstechnische Neuheiten und Fortschritte. Unsere Bürstenbinderei. Von Dr. D. Stelzer. (S. 49.) — Ein neuer Apparat zur Sondenernährung. Von Dr. Rich. Fischer-Neckargemünd. (S. 50.) — Patent-Sauger für Fäkalabfuhr und Kanalisationsbereinigung. (S. 51.)

Über die strafrechtliche Beurteilung der Minderjährigen.

Von Dr. *B. Risch*, Oberarzt der Landesirrenanstalt Eichberg im Rheingau.

(Fortsetzung.)

Wenn wir den Motiven nachgehen, aus welchen wörtliche oder tätliche Beleidigungen bei Jugendlichen hervorgehen, so werden wir außerordentlich häufig finden, daß dieselben begangen wurden, weil andere dasselbe taten. Das kann, wie ersichtlich ist, auch nicht anders sein, weil das Zustandekommen einer Handlung, die dem Individuum selbst oder anderen schädlich ist, nur durch gewisse, als Hemmungen wirkende unklare Unlustgefühle oder geordnete, zum vollen Bewußtsein gelangende Vorstellungskomplexe verhindert werden kann. War die Lebensdauer zu kurz zum Erwerbe dieser Hemmungen, so wird es zur Auslösung von Willensäußerungen kommen müssen, die Nachahmungen darstellen. Daher muß das nicht vollwertige Gehirn eine andere Reaktion auf Affekt erregende innere oder äußere Hirnreize zeigen. Die Gewalt, mit welcher Affekte das Bewußtsein des Jugendlichen zu überfluten imstande sind, ist außerordentlich groß. Diese normale Reizempfindlichkeit des unentwickelten Gehirns, die sich in lebhaften Schwankungen der Stimmungslagen sowie in zahlreichen impulsiven und in ihren Motiven dem Erwachsenen schwer verständlichen Handlungen entlädt, muß, wenn sie dauernd, also auch noch im dritten Jahrzehnt bestehen bleibt, als pathologisch aufgefaßt werden. Ein Kind kann durch einen Umstand oder ein seitens einer dritten Person gefallenes Wort in schweren Affekt geraten, während dieselben Umstände oder Worte zufolge der völlig anderen Hirnorganisation des Erwachsenen überhaupt keine Erregung hervorrufen. Umgekehrt wird sich ein Jugendlicher zahlreichen unangenehmen psychischen Reizen gegenüber völlig reaktionslos verhalten, die ein vollwertiges Gehirn normaliter in hohem Grade bewegen. Es ist klar, daß die wörtliche und tätliche Beleidigung des Jugendlichen viel schneller, auf geringfügigere und vor allem ganz andere Reizungen hin erfolgen muß wie bei dem Erwachsenen. Dabei ist es gleichgültig, ob es sich um toxische, vom Blut aus einwirkende Reize (Alkohol usw.) oder um ein beleidigend wirkendes Verhalten der Umgebung handelt.

Bei Betrachtung der Eigentumsvergehen finden wir durchaus analoge Verhältnisse. Wenn ein Erwachsener einen Diebstahl begeht, so geht demselben eine Reihe komplizierter seelischer Vorgänge, allgemein gesprochen Überlegungen voraus. Mit der Impulsvorstellung, die zur Handlung treibt, verknüpfen sich zahlreiche Erinnerungsbilder an ähnliche Vorgänge wie die Handlung und an den Ausgang derselben, d. h. an die Folgen des Verbrechens. Von der Zahl dieser als Gegenvorstellungen wirkenden Erfahrungen und Erinnerungen an Äußerungen der Eltern und Lehrer über ähnliche Handlungen (Ermahnungen) sowie von der Entwickelung der Gefühle, welche mit diesen Vorstellungen verbunden sind, hängt es ab, ob die asoziale Handlung zustande kommt oder nicht. In einem gewissen Alter bis zur Pubertät etwa kann häufig nicht einmal der einfache Schluß gezogen werden, daß die Handlung, zu der der Impuls auftaucht, verboten ist. Ein zweites Moment, welches den Jugendlichen zu unrichtigen Handlungen veranlaßt, ohne daß von einer Schuld im Sinne des Strafgesetzes die Rede sein kann, ist die stärkere Intensität aller Antriebe, der guten wie der bösen.

Als Nachahmung des Treibens der Erwachsenen aufzufassen sind die zahlreichen Kriegsspiele der Kinder und in späteren Altersstufen das Zusammenrotten jugendlicher Krimineller zu Banden, welche Diebstähle



begehen. Das dem Erwachsenen nicht verständliche Motiv des Spiels bildet sicher bei solchen in letzter Zeit wiederholt zur Bestrafung gekommenen Delikten eine Haupttriebfeder. Mit welchem Eifer sich die jugendliche Phantasie auch der bestgeratenen Kinder derartiger körperlicher und geistiger Betätigung hingibt, hat wohl ein jeder an sich selbst erfahren, der das Vergnügen kennt, welches das beliebte „Räuber- und Wandererspiel" energischen und normal entwickelten Knaben zu machen pflegt. Von dem Grade der Phantasie, der Unternehmungslust und dem Einflusse der Umgebung wird es abhängen, ob derartige Spiele zu Ernst werden, d. h. ob es zu Bandendiebstählen oder Überfällen kommen wird oder nicht. Wenn in ungünstigem Milieu (Eltern Gewohnheitsdiebe z. B.) aufgewachsene minderjährige Individuen stehlen, werden wir in den meisten Fällen dem Nachahmungstriebe sowie den sonstigen Merkmalen des in Entwickelung begriffenen Gehirns ätiologisch eine wichtige Rolle zugestehen müssen. Wie die umgebenden Personen, insbesondere die Eltern körperlich dem Kinde ihren Willen aufzwingen, so gilt dasselbe auch in bezug auf ihre geistige Superiorität der kindlichen Hirnschwäche gegenüber. Selbst wenn derartige Kinder nicht durch rohe Gewalt und Mißhandlungen zur Begehung der Delikte veranlaßt werden, so sind sie gerechterweise zufolge ihrer psychischen Schwäche doch als von jeder Verantwortlichkeit für ihre Straftaten frei zu betrachten. Sie sind als dauernd in einem geistigen Zustande befindlich zu erachten, durch welchen ihre freie Willensbestimmung im Sinne des § 51 aufgehoben ist. Gerade in letzter Zeit haben solche Fälle, daß 15- oder 16jährige Knaben, Kinder von Gewohnheitsdieben, die zweifellos bei Begehung ihrer Straftaten im Sinne meiner Ausführungen einem unüberwindlichen Zwange folgten, zu schweren Gefängnisstrafen verurteilt wurden, wohl in weiteren Kreisen Bedauern erregt.

Von diesem Gesichtspunkte aus sind selbst die allerschwersten Verbrechen wie z. B. ein im Verein mit Erwachsenen durch einen 15jährigen Knaben ausgeführter Raubmord, der jüngst vorgekommen ist, zu beurteilen. Nicht der geringste Anhaltspunkt spricht dafür, daß das genannte Verbrechen von dem Jugendlichen verübt worden wäre, wenn er im Besitz einer vollwertigen Psyche, d. h. ein Erwachsener gewesen wäre. Es fehlen, um mich bildlich auszudrücken, dem 15jährigen die Ideengänge und Gefühle, welche bei vollentwickeltem Gehirn den Menschen schon bei dem Gedanken an einen Mord mit Grauen und Abscheu erfüllen. Dieses Manko der Gehirnsubstanz und ihrer Funktion wird aber in fünf bis sechs Jahren voraussichtlich ersetzt sein. Man mache sich den Hirnzustand eines 15jährigen in dem angezogenen Beispiel dadurch klar, daß man sich den extremen Defekt des gänzlich unentwickelten Gehirns in den ersten fünf Lebensjahren vor Augen hält. Lächelnd sagt ein kleines Kind: „Ich mache dich tot." Es würde auch ruhig eine solche Tat ausführen, wenn es körperlich dazu imstande wäre. Denkt man sich die Urteils- und Begriffsentwicklung eines 15jährigen etwa in der Mitte stehend zwischen dem Status des kleinen Kindes und den seelischen Vorgängen im Gehirn des Erwachsenen, so müssen wir zugeben, daß eine Verantwortlichkeit selbst für derartige Verbrechen kaum angenommen werden kann.

Man wird bei derartigen, physische Kraft voraussetzenden Straftaten stets das nach unserer naturwissenschaftlichen Erkenntnis feststehende Mißverhältnis zwischen der Entwicklung des Gehirns und derjenigen der übrigen Organe und deren Funktionen im Auge zu behalten haben. Der Geist vermag seine Entwicklungshöhe nur durch eine große Anzahl von psychischen Eindrücken zu erreichen. Die Psyche ist sozusagen das Produkt dieser Reize. Die übrigen Organe aber funktionieren und entwickeln sich unabhängig von äußeren Reizen auf Grund von Stoffwechselvorgängen. Ihre Nahrungsaufnahme ist mithin eine dauernde, ihre Entwicklung eine schnellere.

Leicht erklärlich ist selbstredend die bekannte Tatsache, daß es uns schwer wird, bei einem körperlich völlig erwachsenen Menschen, der Recht und Unrecht zu unterscheiden und dem eigenen Zugeständnis nach sicher weiß, welche Konsequenzen die von ihm begangene strafbare Handlung hatte, eine nicht vollwertige Psyche anzunehmen.

Die Psyche ist allerdings unseren Sinnesorganen unzugänglich; aber die für unsere vollwertige Psyche geltenden Kriterien der Zurechnungsfähigkeit sind offensichtlich nachweislich, sagen wir uns. Und trotzdem soll keine Verantwortlichkeit im Sinne des Strafgesetzbuchs bestehen.

Wir sehen eben nicht die fehlenden Hemmungen und können daher wie ersichtlich nicht gerecht urteilen, denn wir sind Erwachsene. Die Schwäche des Armes nimmt ein jeder wahr, die Schwäche des Gehirns zu sehen vermag, wenn das überhaupt in jedem Falle möglich sein sollte, nur der psychologische resp. psychiatrische Sachverständige.

Wenn wir schließlich auf die Betrachtung von Verbrechen übergehen, deren Motive ausschließlich in der Entwicklung unserer körperlichen Funktionen und der mit denselben zusammenhängenden Triebe wurzeln, so werden wir uns gezwungen sehen, der Auffassung

von der Willensfreiheit Minderjähriger noch mehr Skepsis entgegenzubringen. Als Beispiel führe ich die aus dem Bestreben nach einer Betätigung des Geschlechtstriebes hervorgehenden Delikte an. Nehmen wir zur Exemplifizierung der Sachlage wieder den extremsten Fall an. Ein Kind spielt unbekleidet vor Zeugen oder entblößt sich. Der Erwachsene begeht in gleichem Falle ein Sittlichkeitsverbrechen. Der Unterschied liegt wie ersichtlich ausschließlich in den Motiven.

Wir haben Spiel im Gegensatz zum schweren Verbrechen. Der Sittlichkeitsverbrecher verübt sein Delikt aus sexuellen Motiven, aus Gedankengängen heraus, die nur der Psyche des Erwachsenen eigen sind. In der Psyche des Kindes fehlen gänzlich die seelischen Prozesse, welche einen Vergleich der beiden Handlungen ermöglichen. Daher die physiologische Verständnislosigkeit des Kindes den diesbezüglichen Zurechtweisungen und Strafen des Erwachsenen gegenüber. Es kann nicht einsehen, weil ihm die Prämisse für diese Einsicht, die Entwicklung der Sexualorgane fehlt.

Wenn der Erwachsene darob, wie das meist und psychologisch völlig erklärlicherweise geschieht, in sittliche Entrüstung gerät, so beweist er damit, daß er seine eigenen sexuellen Gelüste und Instinkte im Kinde zu sehen glaubt. Denn nur letztere stempeln die harmlose Handlung zu einer schlechten. Es handelt sich also wiederum um die erörterte Verwechselung des kindlichen Denkens mit demjenigen des Erwachsenen.

Betrachten wir die zahlreichen passiven und aktiven unsittlichen Handlungen, die von jugendlichen Kriminellen vor dem Eintritt der Pubertät begangen oder erduldet werden, so dürften bis zu einem langsam mit dem zunehmenden Alter sinkenden Grade die vorstehenden Gesichtspunkte Geltung haben. Nach Eintritt der Pubertät kommt nicht mehr das Fehlen des sexuellen Trieblebens, sondern die durch keine Hemmungen beschränkte, oft sehr hohe Intensität desselben in Frage. Ob es nach Eintritt der Pubertät zu Delikten kommt oder nicht, hängt von dem Verhältnis der Triebintensität einerseits und der Schnelligkeit, mit welcher die physiologischen ethischen Hemmungen und Motive zur Entwicklung gelangen, andererseits, nicht zum mindesten aber von dem Vorbild ab, das dem durch Nachahmung lernenden Jugendlichen von seiner Umgebung gegeben wird.

Wann in dieser Beziehung von dem Vorhandensein einer freien Willensbestimmung gesprochen werden kann, das ist eine Frage, die von Fall zu Fall und nur durch psychologische Untersuchung entschieden werden kann. Jedenfalls wird dem subjektiven Ermessen des Untersuchers ein so weiter Spielraum zu Gebote stehen, daß eine zutreffende Entscheidung durch Nichtsachverständige wohl in zahlreichen Fällen nicht zu erwarten sein dürfte.

An vorstehend erörterten Beispielen wie an zahlreichen anderen Vorgängen des täglichen Lebens läßt sich illustrieren, wie das Handeln des Jugendlichen, das unrichtig sein kann, häufig nur deswegen schlecht erscheint, weil der Erwachsene dasselbe auf Grund der anderen Beschaffenheit seines Gehirns aus schlechten Motiven tun würde. Bei gleichem objektiven Tatbestand wird der die unentwickelte Psyche mit psychologischem Verständnis Beurteilende bei dem Erwachsenen das schwere Verbrechen, bei dem Kinde eine unrichtige Handlung erkennen müssen.

Vorstehende Erwägungen, die auf allgemein bekannten, uns vielleicht nur nicht immer mit der erforderlichen Schärfe gegenwärtigen Tatsachen beruhen, führen uns mit zwingender Notwendigkeit zu folgendem Schlusse. Der Mensch mit noch nicht vollentwickelter, also nicht vollwertiger Psyche entspricht nicht den Voraussetzungen, die der Gesetzgeber der strafrechtlichen Beurteilung zugrunde legt. Daher kann der Minderjährige in keinem Falle behandelt und bestraft werden wie der Erwachsene, wenn er gerecht behandelt werden soll. Es gelten für ihn in dieser Beziehung prinzipiell dieselben Gesichtspunkte wie für die mit einer abnormen Psyche behafteten Individuen, also für die Geisteskranken. Strafrechtlich besteht in diesem Sinne kein Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Minderjährigkeit. Denn das erste Erfordernis der Verantwortlichkeit für irgendeine Handlung ist, daß das Individuum physisch die Möglichkeit hat, richtig zu wollen.

Die ungenügende Muskelkraft eines schwachen Mädchens z. B., welches von einem starken Mann vergewaltigt wird, ist durchaus in Parallele zu bringen mit der ungenügenden Hirnkraft des nicht volljährigen Mädchens, welches der überlegenen Geisteskraft des als Versucher an sie herantretenden Mannes erliegt d. h. sich ihm scheinbar freiwillig ergibt. Wer den zweiten Vorgang mit psychologischem Verständnis betrachtet, wird das „freiwillig sich Hingeben" im Sinne voller Verantwortlichkeit für die Handlung ausschließen müssen. Das gilt in erster Linie für die Begründung der Forderung einer Erhöhung des sexuellen Schutzalters für Mädchen. Es ist nicht anzunehmen, daß eine Minderjährige im Alter von 17 Jahren keine Vorstellung eines Unrechtes hat, wenn sie unsittliche Handlungen erduldet, sondern es fehlt ihr zufolge der physischen Beschaffenheit ihres Gehirns an der er-



forderlichen sittlichen Reife, um der Versuchung, die von einem Erwachsenen ausgeht, zu widerstehen.

So schwierig es einerseits sein kann, das „nicht wollen können" im Einzelfalle zu beweisen, so muß andererseits der Gegenbeweis verlangt werden. Denn erfahrungsgemäß kann keine dem Erwachsenen gleichende Willensfreiheit vor Abschluß der Gehirnentwicklung bestehen. Das Bestehen derselben kann daher nur durch eine frühzeitige geistige Entwicklung auf sittlich-ethischem Gebiete bewiesen werden. Und dieser Beweis ist sicher nicht immer leicht zu erbringen.

Wir haben also anzunehmen, daß aus physischen Gründen (unser psychisches Erleben beruht bekanntlich auf physikalischen Vorgängen in den Nervenzellen) der Mensch mit unausgebildetem Gehirn nicht wollen kann wie derjenige, der eine vollwertige Psyche besitzt. Es kommen für ihn daher ausschließlich diejenigen Maßnahmen in Frage, welche zur Entwicklung des Gehirns beitragen können. Die Gesellschaft kann zu ihrem Schutze und im Interesse des kriminellen Jugendlichen nur mit der Erziehung auf ihn einwirken, vorausgesetzt, daß überhaupt Erziehungsfähigkeit vorhanden ist.

Gewiß wird es viele geben, die den Gedanken an „Sühne des Verbrechens" nicht lassen können, wenn sie von einer asozialen Handlung des Minderjährigen hören. Der Standpunkt der Forderung der Sühne hat für die Rechtsprechung des geistig vollwertigen Menschen nach allgemeinen Anschauungen gewiß seine Berechtigung. Er wird im Strafverfahren auch genügend gewahrt. Die vorstehend angeführten Gründe, welche für besondere Beurteilung der kindlichen Psyche sprechen, scheinen mir mit dem Begriff einer Vergeltung für die asozialen Handlungen Jugendlicher kaum vereinbar zu sein. Wer Kindertorheiten, und in unserem Sinne sind die Delikte Minderjähriger so aufzufassen, sühnen will, wird in Gefahr kommen, sich lächerlich zu machen. Wir sühnen ja auch nicht die krankhaften Willensäußerungen der Geisteskranken.

Es läßt sich nicht bestreiten, daß das sogenannte „Rechtsbewußtsein des Volkes" — ein vielbeliebtes Schlagwort — vielleicht nicht im Einklange stehen dürfte mit der Verurteilung eines etwa 17jährigen Sittlichkeitsverbrechers, Diebes oder gar Mörders zur Zwangserziehung. Denn genügendes Verständnis für die menschliche Gehirnentwicklung ist noch nicht allgemein verbreitet. Das Rechtsbewußtsein des Volkes aber ist wandelbar.

Es gab eine Zeit, in der es allgemein für Recht galt, Geisteskranke zu bestrafen, unschuldige Frauen und Kinder zu verbrennen auf Grund abergläubischer Vorstellungen etc. Ich erinnere weiterhin nur an die Blutrache und an unser jetzt noch durch Tradition geheiligtes Institut des „Duells". Jetzt lacht man über vieles, was früher als unantastbares Recht galt.

Langsam schreitet das allgemeine Rechtsbewußtsein fort. Es hinkt meist lange nach hinter den Erkenntnissen der Wissenschaft, die es sich allmählich zu eigen macht. Ist die Erkenntnis erst Allgemeingut geworden, daß zwischen der vollwertigen und der kindlichen Psyche ein erheblich größerer Unterschied besteht, als allgemein gedankenloserweise angenommen wird, so wird man darüber lächeln, daß früher Kinder ins Gefängnis gesteckt wurden, weil sie ein Schulheft weggenommen hatten, oder daß vieljährige Kerkerhaft über Kinder verhängt wurde, welche von ihren Eltern zum Diebstahl gezwungen wurden. Doch es wird sicher noch lange dauern, bis die Fortschritte der Wissenschaften für die Gesetzgebung in genügendem Maße verwendet worden sind, und bis sich die Höhe unserer Bildung und Kultur in der strafrechtlichen Beurteilung des kriminellen Jugendlichen wiederspiegelt.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie,** abgehalten am 23. und 24. April in Cöln und Bonn.

I. Tag in Cöln.

Nach Begrüßung der Anwesenden gedachte der Vorsitzende, Geh. Rat Moeli, zunächst der im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder, deren Andenken die Versammlung in üblicher Weise ehrte.

1. Als erster Punkt der Tagesordnung folgte darauf der Bericht über den 1910 in Berlin abzuhaltenden internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke. Der Vorsitzende teilte mit, daß in Deutschland ein besonderes Komitee gebildet sei, dem eine Reihe der bekanntesten deutschen Psychiater angehörte. Es seien auch bereits Verhandlungen mit den Vertretern der übrigen Länder wegen Erstattung von Referaten und Vorträgen angeknüpft worden. Um dem deutschen Komitee die weiteren Vorbereitungen zu ermöglichen, wurde der Antrag angenommen, hierzu einen Dispositionsfond von 4000 M. dem Vorstande zur Verfügung zu stellen. Der genannte Betrag soll aus der Kasse des Vereins entnommen werden.

2. Es wurde ferner beschlossen, als Jahresbeitrag in den beiden nächsten Geschäftsjahren wieder je 5 M. zu erheben. Von einer Zuwendung von je



1000 M. an die Lährstiftung soll jedoch 1909 und 1910 abgesehen werden. Die dadurch gewonnenen Mittel sollen zur Bestreitung des internationalen Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke dienen. Mit Rücksicht auf den Kongreß findet im nächsten Frühjahr keine Versammlung des Vereins statt. Med.-Rat Kreuser erstattete den Kassenbericht*). — Durch Direktor Dr. Herting wurde angeregt, wichtige Objekte aus der Geschichte der Irrenpflege dem Germanischen Museum in Nürnberg zu überweisen, das sich zur Aufnahme bereit erklärt hat.

Nach einigen weiteren geschäftlichen Mitteilungen folgten dann am Vormittage die Vorträge und Diskussionen über die Lues-Paralysefrage (Plaut, Fischer, Hübner, Eichelberg, Kraepelin, Alt, Cramer, Edel, Friedländer, Sioli) und über die Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranker in gemeinsamer Anstalt (Alt, Cramer, Starlinger, Weygandt, Kraepelin).

Nach einstündiger Frühstückspause folgten einige weitere Vorträge (Tilmann, Hollander, Beyer, Reich).

Um 5 Uhr fand im Hotel Disch das Festessen statt, an dem etwa 150 Personen teilnahmen. Von den zahlreichen Reden, welche bei demselben gehalten wurden, sei diejenige des Vorsitzenden sowie die überaus humorvolle Damenrede Lährs besonders erwähnt. Als Vertreter der Bonner medizinischen Fakultät war Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kuhnt, als Vertreter der Akademie für praktische Medizin in Cöln Prof. Dr. Tilmann anwesend.

Nach dem Essen verstreuten sich die Teilnehmer, um entweder die Theater zu besuchen, oder die sonstigen Sehenswürdigkeiten Cölns zu besichtigen. Erst in später Abendstunde fand man sich wieder im Westminsterhotel zusammen.

*) cf. Nr. 4, S. 35 dieser Wochenschrift.

II. Tag in Bonn.

Pünktlich um 1/210 Uhr begann die Sitzung in der Prov.-Heilanstalt, wo zunächst die Vorstandswahl auf der Tagesordnung stand. Nachdem Pelman-Bonn den Wunsch ausgesprochen hatte, von seiner Wiederwahl abzusehen, wurde Cramer-Göttingen an seiner Stelle und Kraepelin-München wiedergewählt.

Pelman-Bonn und Weber-Sonnenstein wurden außerdem zu Ehrenmitgliedern des Vereins ernannt. Es folgte das Referat: Vorschläge zur Änderung der Strafgesetzgebung, an das sich eine sehr lebhafte, mehrstündige Diskussion anschloß. Der Herr Landeshauptmann der Rheinprovinz, welcher inzwischen erschienen war, folgte derselben mit großem Interesse.

Um 1 Uhr fand im Festsaale der Prov.-Heil-Anstalt ein von der Provinzial-Verwaltung gegebenes Frühstück statt, bei dem der Landeshauptmann die Anwesenden namens der Verwaltung herzlichst begrüßte. Der Vorsitzende ließ seine Erwiderung in ein Hoch auf die Rheinprovinz ausklingen.

Die Nachmittagssitzung begann mit der Besichtigung der neuen Univ.-Klinik für psychisch und Nervenkranke, wo auch zwei Projektionsvorträge (A. Westphal, Sioli) gehalten wurden. Der Rest der Tagesordnung wurde danach bis etwa 5 Uhr erledigt.

Gegen Abend erfolgte die Besichtigung der Privat-Anstalt in Pützchen. Eine Anzahl Teilnehmer traf sich außerdem noch in Bonn oder Cöln. Einige Gruppen vereinigten sich zu Ausflügen in das Siebengebirge.

Am Donnerstag, den 22. April war eine Besichtigung der Cölner Krankenanstalt Lindenburg und ein Begrüßungsabend vorausgegangen; am Sonntag den 25. April hatte Herr San.-Rat v. Ehrenwall zur Besichtigung seiner Anstalten in Ahrweiler eingeladen.

(Bericht über die Vorträge folgt.) H.

Anstaltstechnische Neuheiten und Fortschritte.

Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

Unsere Bürstenbinderei.

Von Dr. *D. Stelzer.*

Im November 1907 wuchs der Anstalt ein 16jähriger, halbseitig erblindeter Imbeziller zu, der vorher im „Pius-Institute für schwachsinnige Kinder" die Bürstenbinderei so halbwegs erlernt hatte. Dieses Handwerk erschien uns nun besonders geeignet, in den Kreis unserer Pfleglingsbeschäftigungen aufgenommen zu werden, weil es verhältnismäßig leicht erlernbar und überdies fast mit keinerlei Gefahren verbunden ist. Und da zudem unser Bedarf an Bürsten ein großer ist — Beweis dessen, daß dafür bisher jährlich 3500 K. ausgegeben wurden —, so gingen wir denn an den Versuch, auch diese Artikel in eigenem Betriebe zu erzeugen, und es gelang über Erwarten gut.

Vorerst erhielt der Arbeitspfleger der Matten- und Korbflechterei, woselbst die neue Arbeit vor sich gehen sollte, Gelegenheit, sich in drei Tagen beim Bürstenbinder in benachbarter Stadt die wichtigsten Kenntnisse und praktischen Griffe anzueignen, um auch mit Rat und Tat mithelfen zu können, dann wurde als Werkzeug eine „Bankschere" um 70 K. und ein „Mischkamm" um 11 K. nebst etlichen Bohrern und Schraubenziehern bestellt und im Januar 1908 mit der Erzeugung begonnen. Seither ist die Zahl der damit beschäftigten Pfleglinge durch unseren eigenen Werkstättenunterricht auf drei angewachsen, die nach folgenden Daten eine ganze Menge Arbeit und zwar einträgliche Arbeit leisten, wenn man die Geldersparnisse erwägt, die daraus laut Berechnungen unserer Verwaltung resultieren, wobei bemerkt sei, daß die Preisberechnung unserer Erzeugnisse peinlichst genau vorgenommen wurde, indem das gesamte ver-



brauchte Material (wie Haare, Fasern, Hölzer, Messingdrähte und Schrauben) nach seinem Einkaufspreise in Verrechnung kam.

Innerhalb der ersten zehn Monate wurde folgendes verfertigt:

I	II	III	IV	V	VI	VII	
Gegenstand	Material der Bürsten	Gelieferte Stückanzahl	Früher Einkaufspreis per Stück	Eigener Erzeugnispreis per Stück	Geldersparnis per Stück	Geldersparnis per Artikel	
			h	h	h	k	h
Anstreichbürsten	Roßhaar	306	24	13	11	33	66
Glanzbürsten	Roßhaar	144	120	69	51	73	44
Kotbürsten	Fibris	132	50	18	32	42	24
Schrubberbürsten	Reiswurzel	312	100	40	60	187	20
Reibbürsten	Reiswurzel	455	34	29	5	22	75
Viehbürsten	Reiswurzel	36	80	55	25	9	00
					Summa	368	29

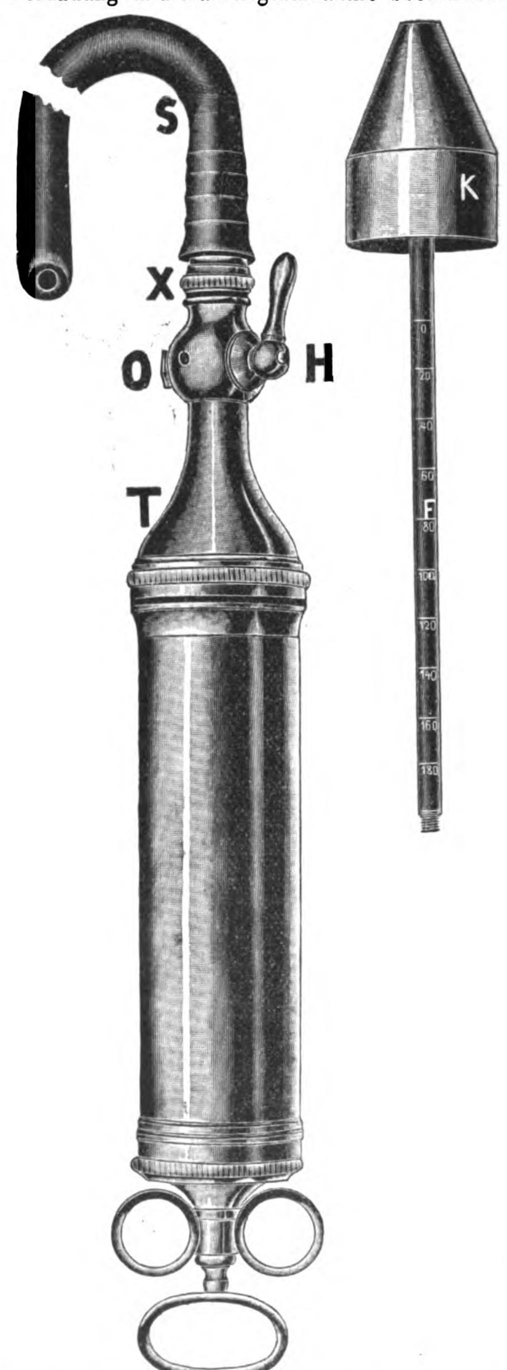
Es betrug somit das Gesamtersparnis 368 Kronen 29 Heller, wozu aber erwähnt sei, daß obige Erzeugnispreise unserer Artikel in Rubrik V sich nur auf Gegenstände beziehen, die völlig aus ganz neuem Materiale bestehen, somit der Selbstkostenpreis tatsächlich noch viel niedriger kommt, besonders aber in Zukunft kommen wird, da ja zu vielen Bürsten alte Bürstenbretter und Schrauben, die sonst wertlos waren, verwendet werden, wie auch die Anstreichbürsten jetzt nicht mehr aus neuem Roßhaar, sondern aus dem gebrauchten alter Glanzbürsten hergestellt werden; ein gleich sparsamer Vorgang läßt sich wohl nie und nirgends bei Außenerzeugung erzielen.

So hat dieses neue Unternehmen uns nicht nur eine wertvolle Bereicherung der Arbeitstherapie gebracht, sondern wird auch in einiger Zeit unsere Ausgabspost für Bürstenbinderarbeiten etwa auf die Hälfte herabsetzen.

Ein neuer Apparat zur Sondenernährung.

Von Dr. *Rich. Fischer*-Neckargemünd.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß bei der Ernährung Geisteskranker durch die Magensonde mit flüssigen Substanzen die Gewichtszunahme oft eine sehr ungenügende ist, daß ferner die Flüssigkeiten sehr oft und leicht wieder heraufgewürgt oder erbrochen werden und endlich, daß durch die öfter wiederholte Anfüllung des Magens mit Flüssigkeiten leicht eine Dilatation entsteht, welche ihrerseits wieder die Verdauung und Nahrungsaufnahme beeinträchtigt.



Ausgehend von dieser Erfahrung, habe ich eine Spritze konstruieren lassen, die es ermöglicht, hachiertes Fleisch, Gemüse, verschiedene Pürees und Kompotte in den Magen zu bringen, ohne dieselben zu verdünnen.



Diese Spritze (s. Abbildung) besteht aus dem vernickelten Pumpenstiefel und dem konischen Kolben (K), der in den Stiefel eingeschliffen ist. An dem unteren, abnehmbaren, trichterförmigen Teil der Spritze (T) ist ein als Dreiweghahn ausgebildeter Lufthahn eingeschaltet. Die untere Mündung dieses, als Schraubstutzen ausgebildeten Trichters ist durch Schraubengewinde mit dem Stiefel verbunden, an welchem die zur Aufnahme einer Schlundsonde dienende Tülle aufgeschraubt werden kann. Der Trichter kann ohne die andern Spritzenteile zur Nachspülung der Sonde verwendet werden. Der Dreiweghahn ermöglicht das Zurückziehen des Kolbens durch Einlaß der Außenluft bei O; wird er zurückgedreht, so ist die Verbindung zwischen Sonde und Spritze wieder hergestellt.

Auf den Pumpstiefel ist oben ein Deckel mit Bajonettverschluß und zwei Handgriffen ausgerüstet angebracht, der zugleich als Führung für die Kolbenstange dient.

Die Kolbenstange ist mit einer Einteilung (E) versehen, damit man die zugeführte Menge der Nahrung feststellen kann.

Die Schlundsonde (S) ist aus besonders starkem Jacques-Patent-Gummi; das Lumen ist von mittlerer Weite; am unteren Ende der Sonde befindet sich eine einzige Öffnung (keine Seitenöffnungen).

Die Anwendung der Spritze ist eine sehr einfache. Nach Einführung der Sonde, welche an die Spritze vorher angeschraubt ist, wird der Pumpenstiefel mit der Ernährungsmasse gefüllt und der gut geölte Kolben eingeführt. Damit letzteres ohne Schwierigkeiten zu bewerkstelligen ist, darf der Stiefel natürlich nicht bis oben voll sein. Nachdem der Deckel mit den Handgriffen aufgesetzt ist, wird der Inhalt der Spritze (200 g) unter gleichmäßigem, langsamem Drucke dem Magen zugeführt.

Die Spritze wird für eine Mahlzeit drei- bis viermal gefüllt und ausgepreßt. Man vergesse beim Zurückziehen des Kolbens nicht den Dreiweghahn nach der Luftöffnung O zu drehen, da man ja sonst den Mageninhalt wieder herauspumpen würde.

Als Nahrung verwendete ich für eine Mahlzeit gewöhnlich: 250 g gebratenes Fleisch (mit Vorliebe Kalb- oder Schweinefleisch) oder Leber. 200 bis 250 g Gemüse, mit Vorliebe Spinat. 200 g Kartoffel- oder Erbsenpüree. 150 g Kompott, stark gezuckert. Drei Eßlöffel feinstes Olivenöl.

Fleisch und Gemüse wurden vorher durch eine feine Passiermaschine getrieben. Dazu eignet sich besonders kaltes gebratenes Schweinefleisch, das leicht zu passieren ist. Am Morgen und Abend erhielten die Patienten gewöhnlich die übliche flüssige Nahrung (Milch, Kakao, Leguminosensuppen, Eier, Butter etc.). Die feste Nahrung wurde in den meisten Fällen nur Mittags gegeben. Bei dieser Ernährung wurde fast in allen Fällen nicht nur eine erhebliche Gewichtszunahme erzielt, sondern es wurde auch erreicht, daß sehr erregte Kranke nach der konsistenteren Mittagsmahlzeit oft stundenlang schliefen oder mindestens ruhten, ohne daß irgendwelche Narkotika gebraucht wurden. Die Spritzenernährung wirkt also nicht bloß als Mästungsmittel, sondern auch beruhigend.

Ich bin auch überzeugt, daß in vielen Fällen somatischer Erkrankung diese Art der Ernährung heilbringend wirken kann.

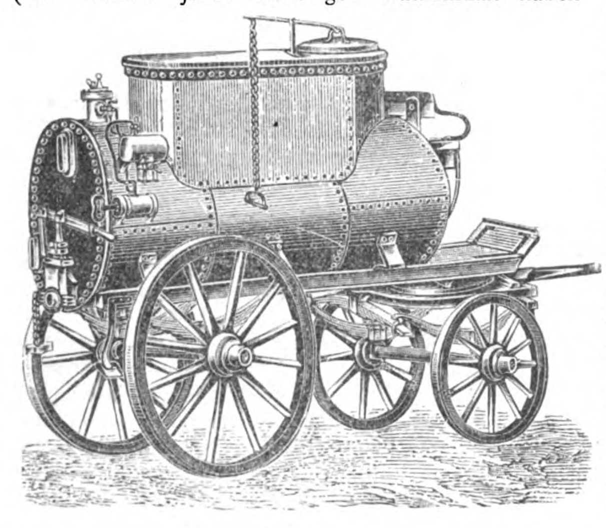
Eine eingehende Kasuistik der bisher erzielten Erfolge will ich heute umgehen, um nicht zu weitschweifig zu werden.

Die Spritze mit Sonde ist unter Nr. 353 961 in die Gebrauchsmusterrolle des kaiserlichen Patentamts eingetragen.

Sie wird angefertigt von der Firma Kirchner & Wilhelm in Stuttgart, Heusteigstraße 72a, und ist durch alle Instrumentenhandlungen zu beziehen.

---

zusammen etwa nur eine halbe Minute in Anspruch nehmen, hochgradig evakuiert. Wird nun der Absperrschieber geöffnet, so kann der Kessel sich nach einer weiteren halben Minute schon mit Fäkalien angefüllt haben. Durch entsprechende Abmessungen des kastenartigen Aufsatzes kann man dem Patentsauger eine bestimmte Saugkraft geben, je nach dem Zweck und speziellen Wünschen des Abnehmers. Es werden Sauger gebaut, deren zylindrischer Kessel (der natürlich jeden beliebigen Rauminhalt haben



kann, meistens aber in Größen von 800, 1000, 1200, 1500 und 2000 Litern verlangt wird) sich unter gewöhnlichen Verhältnissen nach einer einmaligen Funktion vollständig anfüllt. Wird der evakuierte Patent-Sauger mit einem anderen gewöhnlichen Kessel durch einen Luftschlauch verbunden, so evakuiert er diesen ebenfalls und macht ihn saugfähig. Ein solcher Beikessel kann sich unter gewöhnlichen Umständen durch ein bis zwei Funktionen des Patent-Saugers mit Fäkalien vollständig vollsaugen. Auch bei dieser Arbeitsweise übertrifft die Schnelligkeit der Beikesselfüllung resp. der Grubenentleerung bei weitem die, welche mit einer Dampfluftpumpe erreicht werden kann.

Der Patent-Sauger arbeitet vollkommen selbständig, ohne jede Hilfskraft und Maschine, er ist trotzdem nicht schwerer und komplizierter als ein gewöhnlicher, solid gebauter, luftdichter Fäkalienkessel. Durch den Fortfall jedes pumpenartigen Mechanismus von Ventilen, Schiebern usw. ist eine große Betriebssicherheit gewährleistet. Er hat überhaupt keine komplizierten, beweglichen Teile, Reparaturen sind daher fast ganz ausgeschlossen und der Patentsauger besitzt bei geeigneter Behandlung unbegrenzte Haltbarkeit. Er kann in jedem Moment zum selbständigen Saugen gebracht werden. Übelriechende Gase können sich bei der Arbeit des Patentsaugers überhaupt nicht entwickeln bezw. in die Umgebung gelangen; der Betrieb ist daher unauffällig und hygienisch einwandfrei. Der Patentsauger saugt selbst dickbreiige Massen an, wobei Schlauchverstopfungen durch die große Geschwindigkeit, mit welcher die Massen die Saugleitung passieren müssen, vorgebeugt ist. Zur Bedienung des Patentsaugers, Herstellung der Schlauchleitung usw. genügt nach kurzer Unterweisung der Kutscher des Patentsaugers allein. Die Betriebskosten stellen sich für die selbsttätige Füllung eines Kessels unter gewöhnlichen Umständen auf (nur) einige Pfennige an Betriebsstoffverbrauch. Die Anlagekosten einer Abfuhranlage mit Patentsaugerbetrieb betragen etwa die Hälfte einer gleich leistungsfähigen Anlage mit Dampf-, Gas- oder Handpumpenbetrieb, die Unterhaltungskosten sind verschwindend. Der Patentsauger eignet sich auch als Wasserzubringer für Feuerlöschzwecke, zur Straßenbesprengung, für Gärtnereien usw. Er ist bei zahlreichen Stadtverwaltungen, Garnisonverwaltungen, Fabriken und landwirtschaftlichen Betrieben, Kurorten, Krankenhäusern (Alt-Scherbitz, Konradstein) in Gebrauch und erfüllt seinen Zweck nach den vielen anerkennenden Zeugnissen zur größten Zufriedenheit der Besitzer bezw. Betriebsleiter.

Die Firma hat jetzt anch einige hervorragende Neuheiten gebracht und zwar Vorrichtung zur geruchlosen Straßensinkkästen-Entleerung, ebenso eine Anlage zur schnellen und billigen Wasserbeschaffung aus Brunnen für Gärtnereien und gärtnerische Anlagen, die ebenfalls der Beachtung empfohlen werden.

Dr. A. v. Kirchbauer in Nürnberg: **„Ueber Coryfin und seine Anwendung."** (Deutsche Medizinische Wochenschrift No. 51, 1908.)

„Beim akuten Schnupfen kann bei rechtzeitiger Anwendung des Coryfins der Prozeß oft kupiert oder doch wenigstens abgekürzt werden; auch der so häufig bestehende Stirnkopfschmerz wird durch das Coryfin auffallend günstig beeinflußt. Inhalieren lasse ich hier nie, sondern nur die Nasenschleimhaut alle zwei bis drei Stunden mit dem Coryfin bepinseln mit nachfolgender Nasenatmung. Beim chronischen Schnupfen mit Verdickung der Nasenschleimhaut und erschwerter Nasenatmung ist die Behandlung dieselbe wie beim akuten Schnupfen, nur sind die Kranken ganz besonders anzuweisen, nach den Pinselungen durch die Nase zu atmen. Ich kann versichern, daß bei einigen Kranken mit nahezu aufgehobener Nasenatmung auf längere Zeit fortgesetzte Coryfinbehandlung die Nase wieder durchgängig wurde.

Beim Kehlkopfkatarrh lasse ich 8—10 Tropfen Coryfin mit Dr. Saengers Arzneiverdampfungsapparat, der trotz seines billigen Preises allen an einen wirklich guten Inhalationsapparat gestellten Anforderungen vollauf gerecht wird, inhalieren. Infolge der anästhesierenden Wirkung des Coryfins läßt sowohl das so lästige Gefühl von Kratzen und Kitzeln im Halse als auch der dadurch ausgelöste Reizhusten nach. Um einen vollen Erfolg zu haben, müssen die Inhalationen drei- bis viermal täglich gemacht werden; man kann auch zwei bis dreistündlich ein Stück von den erst kürzlich in den Handel gebrachten Coryfinbonbons zu 0,02 Coryfin langsam im Munde zergehen lassen.

Beim Bronchialkatarrh lasse ich das Coryfin mit einigen Körnchen Thymol inhalieren. Ein weiteres Gebiet für das Coryfin sind die Neuralgien des N. frontalis, auriculo-temporalis und die Migräne. Hier werden die schmerzenden Stellen mit dem Coryfin bepinselt. Einige Kranke, die schon verschiedene Mittel gegen ihre neuralgischen Beschwerden erfolglos angewendet hatten, sahen auf die Coryfinmedikation eine prompte Wirkung eintreten. Bei neuralgischen Beschwerden wurde in manchen Fällen vollständiges Versagen des Mentholstiftes, dagegen prompte Wirkung des Coryfins beobachtet.

Trotz dieser günstigen Resultate bin ich aber weit entfernt, das Coryfin als Panazee für neuralgische Beschwerden bezeichnen zu wollen."

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 7. 8. Mai **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Zur Periodenlehre Swobodas. Von Oberarzt Dr. Paul Schmidt, Landesirrenanstalt Sorau N.-L. (S. 53.) — Über die strafrechtliche Beurteilung der Minderjährigen. Von Dr. B. Risch, Oberarzt der Landesirrenanstalt Eichberg im Rheingau. (Fortsetzung.) (S. 54.) — Mitteilungen (S. 48): Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. — Programm des Kursus für Schwachsinnigenwesen. — Referate. (S. 59.) — Personalnachrichten. (S. 60.)

Zur Periodenlehre Swobodas.

Von Oberarzt Dr. *Paul Schmidt*, Landesirrenanstalt Sorau N.-L.

Der Wiener Psychologe Swoboda hat die Lehre einer Periodizität im körperlichen und seelischen Geschehen zum Hauptgegenstand seiner wissenschaftlichen Arbeiten gemacht. „Bei allen Menschen beiderlei Geschlechts", behauptet er, „treten in gesetzmäßigen Zwischenräumen spontane Störungen der normalen Funktionen und des Wohlbefindens auf, welche es rechtfertigen, daß man diese Tage als kritische bezeichnet. Die Symptome der kritischen Tage sind manchmal so harmlos, daß man ihrer kaum achtet, manchmal so bedenklich, daß man an eine Krankheit zu glauben geneigt ist. Doch macht der rasche und gutartige Verlauf solcher Störungen eine andere Beurteilung notwendig. Die Lehre von den kritischen Tagen setzt dem einseitigen Suchen nach äußeren Krankheitsursachen, wie es allgemein üblich ist, ein Ziel."*) Swoboda nimmt zwei Grundtypen von Perioden an, die 23tägige und die 28tägige, die von Geburt an fortlaufen. Kleinere Perioden durch fortschreitende Halbteilung kommen vor. Zur mühelosen Berechnung der individuellen Perioden für jeden beliebigen Zeitabschnitt hat Swoboda ganz neuerdings ein geistvoll ersonnenes Recheninstrument eingeführt, den Periodenschieber.

Swobodas Werke habe ich erst jetzt kennen gelernt. Die gleich zu besprechenden Beobachtungen sind dagegen bereits vom März 1908 an gemacht worden. Eine autosuggestive Beeinflussung bei Feststellung derselben ist demnach vollständig ausgeschlossen. Erst die Kenntnis der Swobodaschen Lehre war die Veranlassung, die bisher ganz mechanisch, objektiv aufgezeichneten Tatsachen von einem bestimmten kritischen Gesichtspunkt aus näher zu betrachten. Der Sachverhalt ist kurz folgender:

Eine etwas nervöse Dame bot an gewissen Tagen Zeichen leichter reizbarer Verstimmung dar, die in äußeren Gründen eine ganz restlose Erklärung nicht zu finden schienen. Da solche Tage selbst bei oberflächlicher Betrachtung mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederkehrten, wurden sie schließlich notiert. Die anfänglich vermutete Abhängigkeit von der Menstruation erwies sich bald als anscheinend unzutreffend. Die Swobodasche Lehre wurde dann die Veranlassung, die kritischen Tage genauer auf ihre Periodizität hin anzusehen. Nachstehend folgen die ausgerechneten Periodenintervalle des Jahres 1908.

1.	3. März	bis	23. März	=	20 Tage
2.	23. März	„	15. April	=	23 „
3.	15. April	„	12. Mai	=	27 „
4.	12. Mai	„	5. Juni	=	24 „
5.	5. Juni	„	30. Juni	=	25 „
6.	30. Juni	„	23. Juli	=	23 „
7.	23. Juli	„	17. August	=	25 „
8.	17. August	„	10. September	=	24 „
9.	10. September	„	6. Oktober	=	26 „
10.	6. Oktober	„	29. Oktober	=	23 „
11.	29. Oktober	„	29. November	=	31 „
12.	29. November	„	8. Dezember	=	9 „
13.	8. Dezember	„	26. Dezember	=	18 „

Gesamtdauer der Perioden 298 Tage
Durchschnittliche Dauer einer Periode
298 : 13 = 22,9 Tage

Die durchschnittliche Dauer der einzelnen Periode beträgt demnach 22,9, rund 23 Tage. Von den aufgeführten 13 Perioden bewegen sich 10 eng um die Ziffer 23 herum, nur die drei letzten machen eine

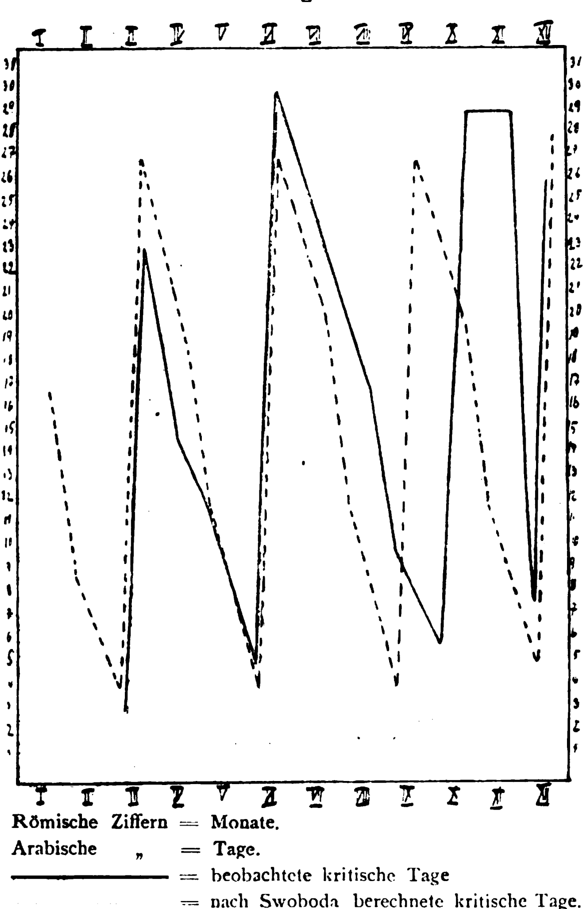
*) Swoboda, Die kritischen Tage des Menschen. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1909.



Ausnahme. Diese erweist sich aber bei weiterer Betrachtung als recht interessant.

Da es sich im vorliegenden Falle augenscheinlich um den Grundtyp der 23tägigen Periode im Sinne Swobodas handelte, wurden mittels des Periodenschiebers, vom Geburtsdatum der betreffenden Dame an gerechnet, die Daten der voraussichtlichen kritischen Tage des Jahres 1908 festgestellt und kurvenmäßig mit den wirklich beobachteten verglichen. Auf der Abscisse sind mit römischen Ziffern die Monate, auf der Ordinate mit arabischen die Tage eingetragen. Die Kurve der beobachteten kritischen Tage ist ausgezogen, der berechneten gestrichelt dargestellt.

Kritische Tage für 1908.



Römische Ziffern = Monate.
Arabische „ = Tage.
——— = beobachtete kritische Tage
- - - = nach Swoboda berechnete kritische Tage.

Es springt dabei sofort ein bemerkenswerter Parallelismus der beiden ersten Kurvenwellen in die Augen. Die dritte Kurvenwelle der beobachteten kritischen Tage zeigt aber gegenüber den berechneten eine offenkundige Verzögerung mit dem größten Periodenintervall von 31 Tagen vom 29. Oktober bis 29. November 1908. Der Aufstieg der vierten Welle stellt sich dagegen interessanterweise wieder mit der berechneten parallel. Ob diese Parallelität für die drei ersten Monate 1909 angehalten hat, ist zwar nicht beobachtet, aber wahrscheinlich, zumal der für April 1909 beobachtete kritische Tag mit dem errechneten genau übereinstimmt. Was nun die Kurvenverschiebung August-November 1908 anbelangt, so war nach Gründen in dem Befinden der Dame zu suchen. Als solche sind wahrscheinlich anzusehen ein von vorzüglichem Erfolge begleiteter Aufenthalt an der See vom 16. August bis 3. September und eine sich daran anschließende energische Nukleogenspritzkur. Die hierdurch verursachte Periodenverzögerung kehrte aber bereits Anfang Dezember wieder zur Norm zurück. Facta loquuntur.

Über die strafrechtliche Beurteilung der Minderjährigen.

Von Dr. *B. Risch*, Oberarzt der Landesirrenanstalt Eichberg im Rheingau.

(Fortsetzung.)

Wenn wir die Vorstellung der Vergeltung in bezug auf Verbrechen Minderjähriger wohl zurückzudrängen gezwungen sind, so mögen an dieser Stelle noch kurz die wichtigsten Gesichtspunkte erörtert werden, welche gegen die Anwendung der Gefängnisstrafe bei denselben sprechen.

Das Kind lernt durch Nachahmung dessen, was es sieht und hört. Das Denken und Handeln des Menschen ist daher das Produkt der Sinneseindrücke, welche von seiner Umgebung ausgehen einerseits und der Verarbeitung derselben andererseits. Die Verarbeitung der Eindrücke, die in der Rinde haften, beruht bis zu einem gewissen Grade auf der ererbten Veranlagung des Gehirns. Es kann als feststehend angenommen werden, daß das in Entwicklung begriffene d. h. auf Lernen angewiesene Gehirn im Gefängnis nur dasjenige lernen kann, was das Milieu ihm zuführt, also nur Schlechtes. Der kriminelle Minderjährige, der vielleicht mit dem Gefühl der Reue und mit Schuldbewußtsein das Gefängnis betritt, wird von den Verbrechern, mit denen er in Berührung kommt, bald eine andere Auffassung des Verbrechens überhaupt kennen lernen. Alle neuen Eindrücke, die er gewinnt, müssen schlechte sein; er



wird zu dem werden, was die anderen sind, zum wirklichen Verbrecher. Nach dem für das Kind feststehenden Entwicklungsgesetze wird nicht etwa die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit bestehen, daß der Jugendliche im Reden, Denken und Handeln die ihn umgebenden Personen, also alte Verbrecher nachahmt, sondern er wird das „müssen". Für einen solchen Zwang sprechen die früher angeführten Erwägungen.

Die gemeinsame Haft wird daher zur Schule des Verbrechens. Der Jugendliche, der nach monate- oder jahrelanger Haft das Gefängnis verläßt, hat sich je nach dem Grade seiner Befähigung in höherem oder geringerem Grade zum Verbrecher ausgebildet. Die Möglichkeit, ein sozial brauchbares Mitglied der menschlichen Gesellschaft zu werden, ist für ihn verloren oder in denkbar weitestem Umfange herabgesetzt. Von dem Milieu, in das er bis zur Volljährigkeit gelangt, dürfte seine weitere Entwicklung abhängen. In vielen Fällen wird sich auch durch günstige spätere Einflüsse die bereits eingetretene Schädigung des Charakters nicht mehr ausmerzen lassen.

Aus diesem Grunde ist die Einzelhaft für Minderjährige vielfach empfohlen worden. Und das sehr mit Unrecht. Wie ersichtlich, fehlen in der Isolierung die meisten Reize. Wie groß die Wirkung der Fernhaltung aller Reize sein kann, das hat die Behandlung zahlreicher Psychosen gelehrt. Der normale Reizhunger der kindlichen Psyche, der die Grundbedingung ihrer Entwicklung ist, findet in der Zelle keine Befriedigung. Der Mangel an Reizen führt zur abnormen Verarbeitung der seelischen Eindrücke, die der Internierung vorausgingen. Diese erregenden Gedankengänge gewinnen naturgemäß eine schädliche Intensität, welche zu einer Läsion der Hirnzelle führt. Selbst bei Erwachsenen pflegt in einer Reihe von Fällen die Haft ausgesprochen psychotische Zustände auszulösen, die bei sonst gesunder Hirnveranlagung trotz der stürmischen Erscheinungen eine gute Prognose haben. Beim Kinde müssen, wie leicht erklärlich, dieselben Einflüsse viel schwerwiegendere Schädigungen des Gehirns bedingen. Die Überwertigkeit bestimmter Vorstellungen, welche mangels aller sonstigen Hirnreize durch keine anderen ablenkenden Gedankengänge verdrängt werden können, wie das normalerweise der Fall ist, führt zu der chronischen Wahnbildung der Verbrecher.

Beim Minderjährigen muß das Fehlen der erforderlichen Hirnreize zum Stillstande in der intellektuellen und Gefühlsentwicklung führen. Es gibt nichts nachzuahmen, folglich kann kein geistiger Zuwachs erfolgen. Besonders auf dem Gebiete des ethischen Urteils, das sich erst später zu entwickeln pflegt, wird der dauernde Ausfall eintreten müssen, den wir bei den seit frühester Jugend im Gefängnis heimischen Individuen finden.

Intellektuelle, ethische und Willensschwäche werden das sicher zu erwartende Resultat der Einzelhaft sein müssen. Einzelhaft wird daher die wichtigste Ursache der erworbenen Geistesschwäche der Verbrecher sein. Wie ersichtlich wird der Zweck der Strafe, der bei Verhängung einer solchen über den Minderjährigen dem Richter vorschwebt, durch die Gefängnisinternierung nicht erreicht.

Je geringer bei der Urteilsabfassung die Vorstellung der Vergeltung in die Wagschale fällt, um so mehr wird naturgemäß die erzieherische Tendenz der Strafe im Vordergrunde stehen. Der Richter wird bei genügendem psychologischen Verständnis für die Psyche des Jugendlichen und für die Motive seiner Handlungen die Verhinderung der Rückfälligkeit in erster Linie ins Auge fassen.

Da das Gefängnis für das Kind entsprechend seiner Hirnorganisation zur Schule des Verbrechens werden oder einen Stillstand der geistigen Entwicklung herbeiführen muß, wird die Besserung des mit Gefängnis bestraften Minderjährigen entweder unmöglich oder wenigstens sehr unwahrscheinlich gemacht. Die Rückfälligkeit wird also begünstigt.

Die Gefängnisstrafe für den Minderjährigen ist demgemäß:

1. Eine nicht gerechte Maßnahme.
2. Wird durch dieselbe dem Minderjährigen eine Hirnläsion zugefügt, die sich in zahlreichen, vielleicht in den meisten Fällen als irreparabel erweist.
3. Wird durch dieselbe die Gesellschaft geschädigt, insofern als sie Individuen, die bei normaler Gehirnentwicklung sozial brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft geworden wären, zu Schädlingen derselben macht.

   Die Geißel der Gesellschaft, der Gewohnheitsverbrecher repräsentiert in diesem Sinne die Vergeltung des jugendlichen Kriminellen für verkehrte Behandlung, die ihm zuteil geworden.

Wenn vorstehend in Erwägung gezogen wurde, warum der Minderjährige nicht wie ein Erwachsener behandelt werden kann, und aus welchen Gründen anzunehmen ist, daß die für den Erwachsenen vorgesehene Bestrafung mit Gefängnis in gleicher Weise das rechtbrechende minderjährige Individuum wie die Allgemeinheit zu schädigen geeignet erscheint, so möge noch kurz erörtert werden, in welchem Alter wir bei



dem Menschen die Entwicklung der „erforderlichen Einsicht“ im Sinne des § 56 des Strafgesetzbuchs voraussetzen können und weiterhin, welche erzieherischen Maßnahmen für geeignet gelten können, im Interesse des Staatsschutzes und des einzelnen rechtbrechenden Individuums an Stelle der bisher üblichen Gefängnisstrafen zu treten.

Aus meinen Ausführungen über den Unterschied zwischen kindlicher und vollentwickelter Psyche geht die Schwierigkeit hervor, welche die richtige Beurteilung des Grades der im Einzelfalle vorliegenden Gehirnentwicklung bietet. Ich habe darauf hingewiesen, daß diese Schwierigkeit in zahlreichen Fällen ebenso groß sein wird wie etwa der Nachweis einer kindlichen Psyche bei einem Erwachsenen, etwa der Nachweis der Imbezillität. Ebensowenig wie es einem Sachverständigen möglich sein wird, ohne sorgfältige Intelligenz- und sonstige Prüfung in allen Fällen die Intelligenz eines zur Beobachtung überwiesenen Menschen zu beurteilen, ebenso wenig wird ihm das bei einem Minderjährigen gelingen. Was dem Sachverständigen, der sich nahezu ausschließlich mit der Analyse der seelischen Funktionen beruflich zu beschäftigen gezwungen ist, schwer möglich ist, dürfte dem Richter, der dieser Frage als Nichtsachverständiger gegenübersteht, in zahlreichen Fällen gleichfalls unmöglich sein.

Auch der Erfahrenste wird sich da außerordentlich häufig täuschen und Motive und Urteile voraussetzen, die nicht vorhanden sind. Das Urteil, das dem Empfinden des Erwachsenen Rechnung trägt, wird häufig ungerecht sein, wenn es das Kind trifft. Die erste unter Umständen lange Gefängnisstrafe kann Vernichtung für ein hoffnungsvolles Menschenleben bedeuten. Derselbe Schlag d. h. die Strafe, welche einen Erwachsenen vielleicht bessert, die Rückfälligkeit beschränkt und folglich günstige Wirkung hat, wird den Menschen mit kindlicher Psyche zu Boden schmettern.

Ziemlich allgemein wird der Richter, der wie der Erzieher mit der Rücksicht auf die Wirkung der Strafe d. h. die Verhinderung der Rückfälligkeit straft, diese Wirkung in weitgehendem Maße zu überblicken imstande sein. Und nur die genaue Vertrautheit mit dem Strafvollzug, also mit der Wirkung, welche die zudiktierte Strafe auf das rechtbrechende Individuum hat, wird eine zweckentsprechende und gerechte Abwägung der Strafdauer möglich machen.

Wie aber vermag jemand trotz des besten psychologischen Verständnisses für die anders geartete Hirnbeschaffenheit des Minderjährigen die Wirkung des Strafvollzugs in zweckentsprechender Weise zu übersehen? Je mehr der Richter die Motive der kindlichen Handlungen erkennen lernt und die in gar keinem Verhältnis mit den Vergehen stehenden Folgen der Gefängnisstrafen sich vergegenwärtigt, desto weniger wird er im Bestreben einer gerechten Würdigung dieser humanen Gesichtspunkte sich entschließen können, hart oder überhaupt zu strafen.

Denn das Bestreben, auch der tieferen Begründung unseres Rechtsempfindens zu entsprechen und nicht allein dem rein formellen Recht zu folgen, wird sicherlich einem jeden Urteil zugrunde gelegt werden müssen. Und welcher Richter hätte nicht Interesse an dem Erfolg der von ihm verhängten Strafe?

Fragen wir uns weiter, welches Kriterium steht dem Richter zu Gebote, um die wichtige Frage zu entscheiden, ob die „erforderliche Einsicht“ im Sinne des § 56 StGB. bei den betreffenden kriminellen Jugendlichen vorhanden ist? Die Feststellung, daß der Angeschuldigte wußte, daß die ihm zur Last gelegte Handlung eine strafbare und verboten war, genügt, wie aus meinen Ausführungen mit Evidenz hervorgeht, nicht zur Entscheidung. Viele Jugendliche werden auf die Frage nach dem „warum begingst du die Handlung, trotz der vorhandenen Einsicht?“ die einzige richtige Antwort geben: „Ich habe nicht daran gedacht.“ Mit andern Worten, es ist ihnen trotz Kenntnis des Verbots eben nicht die Überlegung gekommen, die dem Erwachsenen selbstverständlich ist, weil sie einen Bestandteil seiner Hirnfunktionen ausmacht. Daß bei dem Jugendlichen diese notwendigen Prämissen zu der vollen Verantwortlichkeit für seine Handlungen fehlen, ist das physiologische Manko in seinem Gehirn.

Wie ersichtlich, vermag der Richter den Grad dieses Mankos nicht zu bestimmen, er vermag daher auch ein sicheres Urteil nicht darüber abzugeben, ob „Einsicht im Sinne des § 56 des StGB.“ besteht oder nicht.

Wenn dieser Gesichtspunkt wohl bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gelten kann, so wird sich die Frage ergeben, ob denn alle Individuen zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr neben ihrer zivilrechtlichen Unmündigkeit auch strafrechtlich als nicht Erwachsene aufzufassen sind. Vor allem wird erwogen werden müssen, ob von dem 18. Lebensjahre ab bei dem nahen Heranreichen der Gehirnentwicklung an die Eigenschaften der vollwertigen Psyche nicht der abschreckenden Wirkung der Strafe ein erzieherischer Zweck zuzusprechen sei, der die vorerwähnten schädlichen Folgen der Gefängnisinternierung zu kompensieren geeignet wäre.

Zutreffen dürfte dieser Grund wohl nur für eine



Anzahl seelisch Frühreifer. Für das Gros der Kriminellen, die das 21. Lebensjahr nicht vollendet haben, werden wir ein Fortschreiten der geistigen Entwicklung unter Betätigung des Nachahmungstriebes annehmen müssen. Die schädlichen Momente, welche gegen die Gefängnisinternierung Jugendlicher sprechen, dürften auch hier nicht wegzuleugnen sein und meines Erachtens schwerer wiegen wie die immerhin zweifelhaften Vorteile „der Abschreckung". Ob durch das Gefühl der Schmach und des Unglücks, welches über sie selbst und ihre Angehörigen durch ihr Vergehen und die Gefängnisbestrafung gebracht wurde, ihnen Hemmungen gegeben werden könnten, scheint mir fraglich. In einer Reihe von Fällen wird allerdings letztere Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden können. Rein theoretisch wird die volle strafrechtliche Verantwortlichkeit in den meisten Fällen vor Vollendung des 21. Lebensjahres nicht angenommen werden können.

Praktisch dagegen wird bei Entscheidung von Fall zu Fall in einer Reihe von Fällen nach Vollendung des 18. Lebensjahres das Vorhandensein einer „erforderlichen Einsicht" insbesondere für eine große Anzahl von Delikten zugegeben werden müssen. Vor vollendetem 18. Lebensjahr wird wegen der Schwierigkeit einer sicheren Entscheidung über den Stand der Gehirnentwicklung sowie aus anderen praktischen und theoretischen Gründen Ausschließung der freien Willensbestimmung im Sinne des § 55 angenommen werden müssen. Nach vollendetem 18. Lebensjahr aber kann der Jugendliche besonders bei vorzeitiger Entwicklung seiner Psyche in einer Reihe von Fällen dieselbe Einsicht für die ihm zur Last gelegten strafbaren Handlungen haben wie der Erwachsene.

Ob es im Interesse der Allgemeinheit nicht zweckmäßiger ist, die für die Jugendlichen vorzuschlagenden erzieherischen Maßnahmen auch nach dem 18. Lebensjahre in Anwendung zu bringen, scheint mir diskutabel. Meines Erachtens sprechen manche meiner vorstehend angeführten Gründe dafür, erst nach dem 21. Lebensjahr die Gefängnisstrafe als Erziehungs- und Sühnemittel in Anwendung zu bringen. Ein derartiger Standpunkt dürfte aber von anderen Gesichtspunkten aus betrachtet als zu weitgehend allseitigem Widerspruch begegnen.

Aus letzterem Grunde scheinen mir die Ausdehnung des § 55 StGB. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und die Gültigkeit des § 56 StGB. vom 18. bis zum nicht vollendeten 21. Lebensjahr eine genügende Gewähr dafür zu bieten, daß auch strafrechtlich eine gerechte Würdigung der nicht entwickelten Psyche des Minderjährigen zum Ausdruck gebracht wird.

Der § 55 des Strafgesetzbuches würde also lauten: Wer bei Begehung der Handlung das 18. Lebensjahr nicht vollendet hat, kann wegen derselben nicht strafrechtlich verfolgt werden. Gegen denselben sind jedoch nach Maßgabe der landesgesetzlichen Vorschriften die zur Besserung und Beaufsichtigung geeigneten Maßregeln zu treffen. Die Unterbringung in eine Familie, Erziehungs- oder Besserungsanstalt hat zu erfolgen, nachdem durch Beschluß des Vormundschaftsgerichts die Begehung der Handlung festgestellt ist.

§ 56 StGB. Ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das 18., aber nicht das 21. Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, ist freizusprechen, wenn er bei Begehung derselben die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besaß.

Dem § 56 wäre weiterhin hinzuzufügen, daß bei mangelnder Einsicht im Sinne desselben Paragraphen die im § 55 vorgesehenen erzieherischen Maßregeln zu treffen sind. Denn die Durchführung dieser Maßregeln hat als Ersatz für die Strafe einzutreten, die ihren erzieherischen Zweck nach Lage der Dinge nicht erfüllen kann. Der Staatsschutz erfordert daher diese Maßregeln als conditio sine qua non.

Die vorgeschlagene veränderte Fassung des § 55, nach welcher die „zur Besserung und Beaufsichtigung" geeigneten Maßregeln nicht, wie das § 55 bestimmt, „getroffen werden können", sondern getroffen werden müssen, beruht auf derselben Anschauung, daß der staatliche Eingriff in die persönliche Freiheit des rechtbrechenden Individuums unumgänglich nötig ist. An die Stelle des Gefängnisses tritt nur die staatliche Erziehung. Der Richter erzieht durch Strafen bei Rechtsbrechern, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, während er bei Minderjährigen andere erzieherische Maßnahmen im Interesse des Individuums und der Gesellschaft zu treffen hat. In keinem Falle aber darf von der Bestrafung abgesehen werden, ohne daß ein Ersatz durch Erziehung geboten würde. Ein Freispruch von jeglicher Maßregel sozusagen muß ausgeschlossen sein.

In den Fällen, in welchen der Richter glaubt, bei dem minderjährigen Angeschuldigten, der das 18. Lebensjahr überschritten hat, nach sorgfältiger Berücksichtigung der Motive und vor allem des Nachahmungstriebes, der durch die gemeinsame Ausführung der Delikte mit Erwachsenen insbesondere mit Eltern (also autoritative Einwirkungen) zutage tritt, die „erforderliche Einsicht" nicht mit Sicherheit annehmen zu dürfen, wird es häufig angebracht sein, vor dem



Urteil die gutachtliche Äußerung eines psychiatrischen Sachverständigen zu hören.

Denn ganz abgesehen vom reinen Rechtsstandpunkte wird die Gefahr, den Jugendlichen durch die Gefängnisstrafe sozusagen in die Schule des Verbrechens zu schicken und damit zum Feinde der Gesellschaft zu machen, doch ziemlich hoch anzuschlagen sein.

Vom Standpunkte der Vorbeugung des Verbrechens und der eventuellen Unschädlichmachung von Verbrechern dürfte die möglichst häufige Heranziehung von Fachleuten mit psychologischen Kenntnissen und Erfahrungen der Allgemeinheit großen Nutzen bringen. In zahlreichen Fällen wird sich bei diesen jugendlichen Kriminellen eine mehr oder weniger psychopathische Veranlagung oder ein Gemeingefährlichkeit bedingender hoher Grad von geistiger Minderwertigkeit, vielleicht sogar eine beginnende geistige Störung nachweisen lassen.

Es wird dann die rechtzeitige Unschädlichmachung der geisteskranken Verbrecher in Irrenanstalten oder ähnlichen für geistig Defekte geschaffenen Verwahrungsanstalten möglich sein, so daß es sich um eine dem Verbrechen vorbeugende Maßnahme handeln wird.

Man denke nur an die auf schweren angeborenen Defekten beruhenden, mit Gewalttaten verbundenen Sittlichkeitsverbrechen, deren Verübung in manchen Fällen völlig vermieden werden könnte, wenn die rechtbrechenden Individuen rechtzeitig als geisteskrank erkannt und für die Lebenszeit unschädlich gemacht worden wären. Und einen andern Weg zur Unschädlichmachung des Verbrechers gibt es doch nicht wie die geschlossene Anstalt mit dem Recht der Internierung bis zum Aufhören der Gemeingefährlichkeit, d. h. in den meisten Fällen auf Lebensdauer.

Aus dem Gefängnis kommen derartige gemeingefährliche Psychopathen doch nach einer Reihe von Jahren wieder heraus. Ihr Zustand hat sich meist unter den ungünstigen Verhältnissen verschlimmert, und sie gehen mit rücksichtsloser Energie wieder auf die Menschheit los. Diese Gesichtspunkte der rechtzeitigen Unschädlichmachung geisteskranker Verbrecher habe ich an anderer Stelle*) näher erörtert. Für den Minderjährigen haben selbstredend alle dort besprochenen Grundsätze Geltung.

*) Die Unschädlichmachung geisteskranker Verbrecher. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. Aprilheft 1908.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie,** abgehalten am 23. und 24. April in Cöln und Bonn. Vorträge.

1. F. Plaut-München: Die Lues-Paralyse-Frage. Zusammenfassung.

1. Ohne vorausgegangene Syphilis gibt es keine Paralyse.

2. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß, während der paralytische Prozeß sich abspielt, noch tätiges Virus im Körper vorhanden ist, daß somit die Paralytiker Spirochätenträger sind.

3. Für die Annahme einer Syphilis à virus nerveux fehlen genügende Anhaltspunkte.

4. Die Tatsache, daß fast konstant die Syphilis bei später an Paralyse Erkrankenden auffallend milde verläuft, legt den Gedanken nahe, daß eine Vorbedingung zur Erkrankung in einem bereits in der Anlage begründeten, abnormen Abwehrmechanismus gegenüber dem Syphiliserreger gegeben sein könnte.

5. Die Versuche, zwischen Heredität bezw. Degeneration und Disposition zur Erkrankung an Paralyse Beziehungen herzustellen, haben bisher nicht zur Aufstellung einer befriedigenden Formel geführt; insbesondere erscheint es fraglich, ob man überhaupt mit einer eigentlichen Gehirndisposition zu rechnen hat.

6. Den exogenen Einflüssen (Alkoholismus, Trauma, funktionelle Überanstrengung des Zentralnervensystems usw.) kommt aller Wahrscheinlichkeit nach keine essentielle Einwirkung zu, sondern sie spielen nur die Rolle unterstützender Schädigungen insoweit, als sie eine Herabsetzung der körperlichen und psychischen Widerstandsfähigkeit herbeiführen.

7. Die Verschiedenheit, welche die syphilitischen Produkte in den einzelnen Stadien aufweisen, scheint nicht auf Qualitätsdifferenzen der Spirochäten, sondern auf eine sich allmählich vollziehende Veränderung der Reaktionsweise des Infizierten, „Umstimmung", zurückzuführen zu sein. Da diese Umstimmung bereits bei einem nur kleinen Prozentsatz zum Tertiarismus führt, und da eine weitere Phase der Umstimmung für die Paralyse in Frage kommen könnte, ist es nicht verwunderlich, daß nur eine so geringe Zahl von Syphilitikern paralytisch wird.

8. Eine Reihe von Erwägungen macht es wahrscheinlich, daß der Manifestation der Paralyse vorbereitende, chronisch-syphilitische Prozesse voraufgehen; darüber, ob deren Lokalisation im Zentralorgan oder an einer anderen Stelle zu suchen ist, kann vorläufig kein Urteil abgegeben werden. Das Verstreichen eines langen Zeitraums zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse findet vielleicht hierin seine Erklärung.

9. Aus der Wirkungslosigkeit des Quecksilbers bei der Paralyse kann gegen deren Zusammenhang mit der Syphilis deshalb nichts gefolgert werden, weil wir über die pharmakologische Wirkung des Quecksilbers nichts wissen.

10. Für die Entscheidung der Frage, ob die paralytischen Veränderungen als solche syphilitischer Natur

sind, müssen wir uns, vorläufig wenigstens, dem Urteil des Anatomen unterwerfen.

11. Die Ergebnisse der serodiagnostischen Untersuchungen lassen einen sehr engen Zusammenhang zwischen Paralyse und Lues vermuten; da jedoch gegenwärtig keine sichere Beurteilung der biologischen Stellung der reagierenden Substanzen möglich ist, bleibt es abzuwarten, ob von dieser Seite aus eine endgültige Klärung herbeigeführt werden kann.

2. Oskar Fischer-Prag: Die Lues-Paralyse-Frage. Resumé.

1. Der Paralyse liegt eine histologisch wohlcharakterisierte Hirnveränderung zugrunde, doch darf die Diagnose nicht aus einzelnen der Veränderungen gestellt werden, sondern erst die Summe der gesamten hier bekannten Hirnveränderungen sichert die Diagnose.

2. Der histopathologische Prozeß ist ein Parenchymschwund, verbunden mit chronischer Entzündung, wobei eines vom anderen als unabhängig angesehen werden muß.

3. Für die Feststellung des klinischen Begriffes der Paralyse hat in erster Linie die Histopathologie zu dienen.

4. Vom klinischen Standpunkte kann man vier Unterarten der Paralyse unterscheiden:

a) die gewöhnliche Paralyse;
b) die Lissauersche oder Herdparalyse;
c) die atypische Paralyse;
d) die stationäre Paralyse.

5. Die progressive Paralyse kann vom anatomischen Standpunkt einstweilen nicht als eine direkt syphilitische Veränderung aufgefaßt werden.

(Fortsetzung folgt.)

— **Programm des Kursus für Schwachsinnigenwesen** in Frankfurt a. M., 21. Juni bis 3. Juli 1909.

Ein Kursus für Schwachsinnigenwesen findet in Frankfurt a. M. vom 21. Juni bis 3. Juli d. J. statt. Es werden folgende Vorlesungen und Demonstrationen abgehalten:

Anatomie und Pathologie des Nervensystems: Prof. Edinger (Bau und Tätigkeit des Gehirns), Dr. Röthig (Entwicklung des Gehirns), Professor H. Vogt (Pathologie und pathologische Anatomie des jugendlichen Schwachsinns).

Psychologie und Psychopathologie: Dr. Ament-Würzburg (Kinderpsychologie), Vortragender noch unbestimmt: (Einführung in die experim. Psychologie), Prof. H. Vogt (Einführung in die Pathologie der kindlichen Psyche).

Unterricht geistesschwacher Kinder, Hilfsschulwesen: Rektor A. Henze (Geschichte, Statistik, Organisation, Lehrmethodik), Rektor Bleher (Sprachheilkunde), Hauptlehrer Enderlin-Mannheim (Handfertigkeit).

Klinik: Prof. Sommer-Gießen (Ausgewählte Demonstrationen), Dr. Kleefisch-Huttrop (Anstaltsärztliche Tätigkeit), Prof. Sioli (Klinik der jugendlichen Psychosen), San.-Rat Laquer (Forensische Psychiatrie des Schwachsinns), Prof. Dannemann-Gießen (Hygiene der Hilfsschulen und Anstalten).

Fürsorge: Prof. Klumker (Soziale Fürsorge), Direktor Dr. Polligkeit (Kinderschutz, Vormundschaften usw.), Vortragender noch unbestimmt (Jugendgericht).

Es wird ferner Gelegenheit zum Besuch der Frankfurter Hilfsschulen gegeben sein. In den Hilfsschulen wird eine Ausstellung von Lehr- und Lernmitteln für Schwachsinnige, sowie von Erzeugnissen des Handfertigkeitsunterrichtes zu Besichtigung und Studium bereit stehen. Auch wird der Besuch der sonstigen einschlägigen Frankfurter Institute (Neurologisches Institut, städtische Irrenanstalt mit Beobachtungsstation für Jugendliche, Einrichtung der Zentrale für private Fürsorge, Kindergarten für schwachsinnige Kinder, Jugendhorte, psychologisches Institut, Kinderkliniken usw.) ermöglicht werden.

An je einem Vormittag werden die Taubstummen- bezw. die Blindenanstalt besucht. Die betr. Herren Direktoren (Dir. Vadder und Dir. Wiedow) werden eine orientierende Übersicht über ihr Arbeitsgebiet hierbei geben.

Auswärtige Besichtigungen: 1. Hilfsschule und Alicenstift für bildungsfähige Schwachsinnige in Darmstadt; 2. Psychiatrische Klinik und psychophysisches Institut der Universität Gießen (hier finden die Vorträge der Herren Prof. Sommer und Prof. Dannemann (s. oben) statt); 3. Krüppelheim und Idiotenanstalt in Bad Kreuznach (Vortrag von Herrn Dr. Kühler über Krüppelfürsorge mit Demonstrationen). Diese Exkursionen beanspruchen je einen Tag innerhalb des Kursprogramms.

Anmeldungen bis 1. Juni erwünscht.

Prof. Dr. H. Vogt, Neurolog. Institut, Gartenstr. — Rektor A. Henze, Wiesenhüttenschule.
Frankfurt a. M.

Referate.

— Tranjen, Dr. M., Divisionsarzt in Plewna (Bulgarien). Das Altern als abwendbare Krankheit. Eine biologische Studie. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. 1909. 35 S.

Verfasser entwickelt zunächst die Lehren der Evolutionstheorie und erklärt dann das Altern als eine schleichende Autointoxikation. Gegen diese Krankheit hält er es für denkbar vorzugehen vermittels der modernen biologischen Methoden auf dem Gebiete der Immunität- und Serumforschung. Junge Individuen sollen durch das Serum von Greisen gegen die Alterstoxine künstlich widerstandsfähig gemacht und das Serum dieser aktiv altersimmun gewordenen jungen Personen soll zum Hervorrufen von passiver Immunität bei schon altersschwachen verwendet werden.

Ref. V. Vogel-Großschweidnitz.

— Freese, Oberjustizrat Dr., Meißen. Der Querulant und seine Entmündigung. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. VI. Band, Heft 8. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. 1909. 53 S.

Verfasser beschreibt einen drastischen Fall von Querulantenwahn aus seiner Praxis und bespricht im Anschluß daran die Frage der Entmündigung der Querulanten. In den meisten Fällen hält Verf. die



Entmündigung nicht für angezeigt. Als gemeingefährlich sind Querulanten — lediglich aus dem Grunde, weil sie Behörden belästigen — nicht anzusehen. Die Entmündigung verschlimmert meist das Übel. Eine Bescheidungspflicht, nach der die Behörde auf jede Eingabe reagieren müßte, besteht nicht. Geschäftsunfähig ist ein Querulant meist nur für Willenserklärungen zu den Angelegenheiten, auf welche sich sein Querulantenwahn erstreckt. Erst wenn die krankhafte Störung der Geistestätigkeit einen solchen Grad erreicht hat, daß die freie Willensbestimmung in allen Beziehungen ausgeschlossen erscheint, ist der an Querulantenwahn Leidende zu entmündigen, dann aber nicht wegen Geistesschwäche, sondern wegen Geisteskrankheit. Ref. V. Vogel-Großschweidnitz.

Personalnachrichten.

— **Aplerbeck** i. Westf. Assistenzarzt Dr. Sartorius wurde zum Abteilungsarzt ernannt.

— **Giessen.** Professor Sommer wurde von der Société de Psychiatrie in Paris unter dem Vorsitz von Gilbert Ballet als korrespondierendes Mitglied gewählt.

— **Königsberg.** Der frühere Direktor der städtischen Krankenanstalt hierselbst und der in derselben s. Z. neubegründeten psychiatrischen Universitätsklinik, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Meschede, welcher vor einiger Zeit in erfreulicher Rüstigkeit den 76. Geburtstag feierte, ist von der unter Magnans Präsidium neugegründeten Société clinique de Médecine mentale in Paris zu ihrem auswärtigen Mitgliede „Membre associé étranger" erwählt worden.

Prof. Meschede ist bereits seit langem Ehrenmitglied auswärtiger wissenschaftlicher Gesellschaften: 1894 wurde er als solcher in Rom von der Società Freniatrica Italiana erwählt und in demselben Jahre ist ihm auch von der Société de Médecine mentale de Belgique das Diplom als Ehrenmitglied verliehen. Bei Gelegenheit seiner Teilnahme am internationalen medizinischen Kongreß in Moskau im Jahre 1897 wählte ihn die Moskauer Neuropathologische und Psychiatrische Gesellschaft zu ihrem auswärtigen Mitgliede, außerdem wurde ihm damals zugleich mit einigen anderen Leitern psychiatrischer Kliniken an deutschen Universitäten (Obersteiner, Joly, Mendel, v. Krafft-Ebing) ein Erinnerungsbäumchen im Park der neuerbauten Moskauer Universitäts-Irrenklinik gepflanzt. Im Jahre 1903 ist er von der Société médico-psychologique zu Paris zu ihrem auswärtigen Mitgliede erwählt worden.

Internationaler mediz. Kongreß in Stuttgart 1909. Der Termin für die Anmeldung der frei gewählten Vorträge ist der 15. Mai 1909. Später angemeldete Vorträge werden nur für den Fall auf die Tagesordnung gesetzt, sofern nach Verhandlung der rechtzeitig angemeldeten Vorträge es die Zeit noch gestattet.

Medinal.

Mit Medinal hat D. Prato in der Provinzialirrenanstalt Ancona Versuche angestellt, deren Ergebnis, in der Rivista sperimentale die Freniatria XXXIV, Heft 3, 4, 1908 veröffentlicht, folgendes ist:

1. Das Medinal hat sich bei unseren Versuchen als ein ausgezeichnetes Hypnotikum erwiesen. Es ist leicht zu verabreichen, immer wirksam und von andauernder schneller Wirkung. 2. Der erzielte Schlaf kommt dem natürlichen sehr nahe und ist ruhig und ununterbrochen. Das Erwachen ist nicht von Beschwerden begleitet, weder von Kopfschmerzen noch von Schwindel oder Benommenheit. 3. Die Wirkung des Medinals ist nicht nur hypnotisch, sondern auch sedativ; unsere Untersuchungen und die strenge tägliche Beobachtung unserer Kranken haben dies sicher festgestellt. 4. Bei andauerndem Gebrauch entstehen keine kumulativen Nebenwirkungen. Seine Wirksamkeit ist von langer Dauer, und die Angewöhnung geschieht viel langsamer als bei anderen Hypnotizis. 5. Das Medinal kann unbedenklich alten und schwächlichen Individuen gegeben werden; es übt keine schädliche Wirkung auf das Herz und den Kreislauf aus. 6. Die Darreichung des Medinals ist leicht; es wird per os gut vertragen und vom Darm leicht resorbiert. Die subkutane Injektion ist frei von Uebelständen und wirksam. Medinal ist das Mononatriumsalz der Diäthylbarbitursäure. Es ist ein weißes, kristallinisches Pulver und schmeckt etwas bitter und leicht alkalisch. In kaltem Wasser löst es sich leicht im Verhältnis von 1 : 5 (20%).

Für die Verabreichung per os wird empfohlen, das Präparat in Zuckerwasser oder süßem Wein zu lösen; für rektale Anwendung soll es in einer kleinen Menge Wasser gelöst werden, da das Salz dann schnell resorbiert wird; zur subkutanen Injektion eignet sich die 10 prozentige Lösung, die weder reizt noch schmerzt.

Das Medinal wurde per os gewöhnlich in Dosen von 0,5—0,7 gegeben, wenige Male in Dosen von 1 g; es wurde in Wasser oder Wein unter Zuckerzusatz gelöst und im allgemeinen gern genommen.

Bei erregten oder unruhigen Kranken wurde das Medinal rektal oder subkutan verabreicht. Zur rektalen Anwendung wurde es in wenig Wasser gelöst, für die subkutane Injektion unter Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln die Lösung kurz vor Gebrauch bereitet.

Per os wurde das Medinal ca. 3 Stunden nach dem Abendessen gegeben.

Auch Dr. L. Ebstein in Stettin, Spezialist für innere Krankheiten, berichtet in der „Münch. med Wochenschrift", 1908, Nr. 3, über günstige Erfahrungen mit Medinal. Es hat ihm nicht nur als schlafbringendes Mittel, sondern auch zur Linderung und Abkürzung stenokardischer, asthmatischer und ähnlicher Zustände gute Dienste geleistet.

„Was aber das Medinal vor allen anderen Schlafmitteln, speziell vor der Diäthylbarbitursäure, auszeichnet, ist die große Variabilität seiner Applikationsmöglichkeiten. Die große Wasserlöslichkeit des Medinals gestattet bei Patienten mit empfindlichem Magen oder bei Brechneigung die Verabreichung per rectum, bei Unruhe und Aufregungszuständen die subkutane Injektion des wassergelösten Medikaments. Bei rektaler Applikation war die Medinalwirkung noch schneller als bei innerlicher Anwendung. Die subkutane Injektion wirkte nicht so schnell wie bei rektaler Einbringung, aber intensiver und war von länger dauerndem Erfolge."

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 8. 15. Mai **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Zur Irrengesetzgebung in Bayern. Von Dr. Beyer, Oberarzt an Dr. Würzburgers Kuranstalten in Bayreuth. (S. 61.) — Über die strafrechtliche Beurteilung der Minderjährigen. Von Dr. B. Risch, Oberarzt der Landesirrenanstalt Eichberg im Rheingau. (Schluß.) (S. 66.) — Mitteilungen (S. 69): Internationaler Medizinischer Kongreß zu Budapest. 1909. Programm der Sektionen Neurologie und Psychiatrie und Einladung der Kongreßleitung. Italienische Uebersetzung von Sommers Kriminalpsychologie. „Bekanntmachung der Zentrale für Reform des Irrenwesens". — Referate. (S. 71.)

Zur Irrengesetzgebung in Bayern.

Von Dr. *Beyer*, Oberarzt an Dr. Würzburgers Kuranstalten in Bayreuth.

Die letzte Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater hat sich mit der künftigen Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern beschäftigt. Da dieser Frage nicht allein für Bayern eine größere Bedeutung zukommt, zumal über kurz oder lang eine reichsgesetzliche Regelung wieder angeregt werden könnte, so sei es mir gestattet, hier auf einige der gemachten Reformvorschläge einzugehen.

In Bayern bestanden früher schon günstigere Aufnahmebestimmungen wie jetzt. Ein ärztliches Zeugnis und der Antrag der nächsten Angehörigen genügte. Alle anderen Papiere konnten nachträglich beschafft werden. Einer Genehmigung durch die Regierung bedurfte es nicht. „Kamen Kranke ohne alle Zeugnisse, so wurden sie aufgenommen, wenn der Arzt sich von der Notwendigkeit der Aufnahme überzeugte."

Im Jahre 1895 wurden die Aufnahmebestimmungen wesentlich verschärft. Die Ursache dieser Maßregel war der bekannte Alexianerprozeß, der die Gemüter der Laien aufs höchste beunruhigt hatte. Aber auch in den vorhergehenden Jahren war immer schon von einigen Fanatikern gegen uns Irrenärzte gewühlt worden; doch hatten die Besonnenen im Publikum und ein Teil der Presse den Kopf noch oben behalten. Nun war kein Halten mehr, und die „Antipsychiater", wie sie sich selber nannten, beherrschten, gestützt auf eine Flut von Broschüren, die kritiklos als Beweis für die Unzulänglichkeit der damaligen Irrengesetzgebung hingenommen wurden, die öffentliche Meinung. Unter dem Druck derselben entstanden die noch jetzt bestehenden Verordnungen.

Die antipsychiatrische Bewegung ist im Grunde genommen nichts weiter als ein Auswuchs des von gewissen Seiten schon lange mit großem Eifer geführten Kampfes gegen die wissenschaftliche Medizin im allgemeinen. Man glaubte der letzteren einen empfindlichen Stoß zu versetzen, indem man sie in ihrer jüngsten Disziplin angriff. Dies geht z. B. auch aus folgenden Auslassungen des „Irrenbefreiers" Mellage hervor: „Wir haben den Laien als Schöffen und Geschworenen bei der Rechtsprechung, indessen werden dieselben nicht aus dem Volke heraus alljährlich gewählt, sondern es wird eine Liste durch bestimmte Behörden aufgestellt. Darin, nicht in dem Institute selbst, ist die in juristischen Kreisen herrschende Voreingenommenheit und Unzufriedenheit mit den Schöffen und Geschworenen in erster Linie zu suchen! Der Laie beteiligt sich (leider nicht entsprechend) bei den kirchlichen Angelegenheiten und bei der Schule, und so gut wie gar nicht bei der Krankenbehandlung und Krankheitsverhütung. Hier, wo es direkt an Leben und Gesundheit, an die Existenz und die persönliche Freiheit geht, ist der „Laie" vollständig ausgeschlossen — das ist der Grund, daß kein Gebiet mehr zurückgeblieben ist als die Heilkunst resp. der gesamte Gewerbebetrieb der Ärzte!"

Dies ist das Glaubensbekenntnis und das Endziel auch der antipsychiatrischen Bewegung.

Mellage verlangt also allgemein einen größeren Einfluß der Laien auf Krankenbehandlung und Krankheitsverhütung. Bisher seien dieselben vollständig davon ausgeschlossen. Und dies soll der Grund dafür sein, daß kein Gebiet mehr zurückgeblieben ist als die Heilkunst!? Aber die Heilkunst ist doch freigegeben! Es kann doch jeder Laie kurieren, soviel er Lust hat! Es müßte also doch eigentlich die Heilkunst bei der kolossalen Freiheit, die den Laien gelassen ist, einen enormen Aufschwung ge-



nommen haben! Doch den eigentlichen Sinn obiger Worte versteht man erst, wenn man die Betonung auf das Wort „Ärzte" legt. Die Heilkunst der Ärzte ist zurückgeblieben, nicht die der Naturheilkundigen und anderer Kurpfuscher! Kurz gesagt, man verlangt eine Kontrolle der Ärzte bei der Ausübung ihres Berufs — durch Laien. Wie weit diese Kontrolle gehen soll, kann man sich vorstellen, wenn man bedenkt, daß dadurch eine Förderung der Heilkunst der Ärzte erwartet wird. Der Laie soll aufpassen, ob der Arzt seine Sache richtig macht oder nicht; und er, der keine Ahnung hat von Medizin, wird als Sachverständiger über die Fachkundigen gesetzt.

Der Schlüssel zu diesem eigenartigen Verlangen liegt in der Tatsache, daß sich jeder Laie für berechtigt hält, als Sachverständiger über medizinische Dinge und ganz besonders auch über psychiatrische Fragen sein Urteil abzugeben. Es würde keinem Menschen einfallen, etwa über astronomische oder bautechnische Fragen zu reden, ohne sich vorher in diesen Disziplinen genau orientiert zu haben; in medizinischen Dingen aber will jeder Laie ohne weiteres mitreden können!

Eine andere Schwierigkeit, mit der wir Psychiater außerdem noch zu kämpfen haben, liegt in der Tatsache, daß die Laien unter „geisteskrank" etwas ganz anderes verstehen als wir Psychiater. Die Laien erklären einen Menschen für einen „Sonderling", einen „abnormen Charakter", geben zu, er sei „schwermütig" oder meinen, er sei „nur nervös"; gegen den Gedanken aber, daß derselbe eventuell „geisteskrank" sein könne, sträuben sie sich mit aller Macht, solange er noch ein vernünftiges Wort hervorbringen kann. Das wird jeder Irrenarzt fast täglich erleben.

„In der Beschränktheit unserer Erkenntnis", sagt einer der Broschürenschreiber (Müller), „pflegen wir Laien nämlich zu unterscheiden einen Zustand, wo jemand durch ein eigentümliches und auffälliges Benehmen, Reden oder Handeln zeigt, daß seine geistigen Funktionen nicht ganz normal verlaufen und er nicht voll dispositionsfähig ist. Wenn einem solchen das Denken von anderen abgenommen, er am selbständigen Handeln verhindert, wenn sein Tun und Treiben angemessen überwacht wird, so kann er sehr wohl in der Familie leben und braucht nicht in einer geschlossenen Anstalt untergebracht zu werden, da eine Gefahr für ihn selbst oder seine Umgebung bei gehöriger Beaufsichtigung nicht zu befürchten ist, eine Gemeingefährlichkeit nicht vorliegt. Wo diese vorhanden ist, Tobanfälle auftreten usw., wo darum die Notwendigkeit vorliegt, den Patienten in einer Irrenanstalt unterzubringen, wo also offenbar Gemüt und Geist in höherem Maße krankhaft affiziert sind, pflegen wir Laien von Geisteskrankheit zu sprechen, während im ersten Falle die vorhandenen Anormalitäten nur als Geistesschwäche oder -störung gedeutet und bezeichnet zu werden pflegen."

Das entspricht ungefähr der heutigen „Geistesschwäche" und „Geisteskrankheit" im juristischen Sinne. Wir Psychiater bezeichnen dagegen jeden psychisch Kranken als geisteskrank, und bei uns ist die Geistesschwäche nur ein Symptom einer Geisteskrankheit.

In früheren Zeiten haben die auf gesetzlichem Wege erfolgende Wahnsinns- und Blödsinnserklärung viel Verwirrung angerichtet. Manche Broschüren haben schon deshalb viel Anklang bei ihren Lesern gefunden, weil diese sich sagten, daß der Schreiber derselben doch unmöglich wahnsinnig oder gar blödsinnig sein könne. Diese Schlußfolgerung war natürlich ebenso falsch, als wenn man heute annehmen wollte, daß ein wegen „Geistesschwäche" Entmündigter nun auch schwachsinnig sein müßte. Von diesem Gesichtspunkte aus kann man es verstehen, daß viele Leser den Kopf schütteln, wenn sie z. B. in der Müllerschen Broschüre in ein und demselben Gutachten ausgeführt finden, daß der Verfasser ein begabter, äußerst ehrgeiziger und pflichteifriger Mensch sei und doch an einer voraussichtlich unheilbaren Geisteskrankheit leiden und blödsinnig sein soll. Den Laien wird es natürlich ohne nähere Erklärung äußerst schwer zu begreifen, daß die scheinbaren Widersprüche nur dadurch bedingt sind, daß alle drei Parteien, Laien, Juristen und Irrenärzte, die Begriffe „geisteskrank", „geistesschwach", „blödsinnig" ganz verschieden definieren. So kann man sich erklären, daß z. B. Fliegel sagt: „Erfreulich ist es, daß die öffentliche Meinung immer mehr auf den Standpunkt kommt, die Frage, ob jemand geisteskrank sei, könne von einem mit Menschenkenntnis versehenen Laien besser entschieden werden als von einem Psychiater, da das Urteil des letzteren ein zu befangenes ist."

Auch darüber gehen die Anschauungen der Laien und Psychiater weit auseinander, wann ein Kranker in eine Anstalt gehört. Die Laien können sich an den Gedanken, daß die Irrenanstalt heutzutage ein Krankenhaus ist, nicht gewöhnen. Ein Kranksinniger oder Gehirnkranker hat das gute Recht wie jeder andere Kranke, zu verlangen, daß er in sachgemäße Behandlung kommt. Da er aber infolge der Eigenart seiner Erkrankung, weil ein Kranksinniger niemals die richtige Krankheitseinsicht hat, dieses



sein Recht nicht in der richtigen Weise wahren kann, so müssen naturgemäß nach dieser Richtung hin andere Menschen für ihn denken und handeln, ihn hierin gewissermaßen bevormunden. Das ist das natürliche Recht, und das entspricht auch dem Rechtsbewußtsein des Volkes. Wer also das richtige Interesse des Kranken wahren will, der sorgt dafür, daß dieser auch gegen seinen Willen dort einer Behandlung unterworfen wird, wo er am schnellsten eine Besserung zu erwarten hat.

Die Laien freilich vermeinen das Interesse des Kranken am besten zu wahren, wenn sie ihn möglichst lange vor der „Einsperrung" schützen. Für sie ist die Heilanstalt vielfach nur eine Gefangenenanstalt.

So sagt Fliegel: „Nicht der medizinische Krankheitsbegriff ist maßgebend für Entmündigung oder Einsperrung, sondern die erwiesene Handlungsunfähigkeit, Hilflosigkeit oder Gemeingefährlichkeit. (Damit soll der Sucht der Irrenärzte, Personen, die irgendwelche Eigenheiten oder Eigentümlichkeiten haben, für geisteskrank zu erklären, entgegengetreten werden. Nicht jeder Gehirnkranke ist geisteskrank, und nicht jeder Geisteskranke darf entmündigt oder eingesperrt werden. Dies darf nur geschehen, wenn der Beweis durch Tatsachen erbracht ist, daß er der Vernunft vollständig beraubt oder gemeingefährlich ist.) . . . Nur derjenige kann in eine Irrenanstalt verbracht werden, der von einem aus Ärzten und aus Laien (Juristen, Geistlichen und unabhängigen Männern) bestehenden Kollegium als geisteskrank erklärt worden ist. Ohne einen solchen Entscheid darf nur eine vorübergehende Einsperrung (wegen Notfall) stattfinden. (Die Irrenärzte stemmen sich stets dagegen, daß der Geisteszustand eines Menschen durch Laien geprüft werde, und doch urteilen diese viel unbefangener als ein Arzt, der stets mit Irren verkehrt. Wahnsinn und Blödsinn in der vom Gesetzgeber gewollten Bedeutung sind jedermann erkennbar. Ist die Krankheit nicht derart, daß sie der mitten im Leben stehende Mann gut erkennt, so ist die Person auch nicht zu entmündigen oder einzusperren.)"

Also, um es noch einmal zu wiederholen, während wir die Ansicht vertreten, daß die Kranksinnigen sobald als möglich in die Anstalten sollen, wollen die Laien diese nur als äußersten Notbehelf angesehen wissen, als Bewahrungshäuser für unsozial gewordene „Geisteskranke".

Es besteht demnach, wie aus meinen bisherigen Ausführungen hervorgeht, zwischen Laien und Psychiatern in vielen Punkten ein vorläufig unüberbrückbarer Gegensatz.

Man halte mir nicht entgegen, daß ich nur die Ausführungen einiger extremer Fanatiker wiedergegeben hätte! Jeder Anstaltsarzt wird im Verkehr mit dem Publikum solchen Anschauungen mehr oder weniger ausgesprochen begegnet sein.

Nun wurde auf der letzten Jahresversammlung der bayrischen Psychiater der Vorschlag gemacht, die Aufnahme solle allein auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses und auf Antrag der nächsten Angehörigen erfolgen, und die Genehmigung durch die Regierung solle fortfallen. Diese soll gewissermaßen ersetzt werden durch eine Berufungs- resp. Überwachungskommission, bei welcher sich der gegen seinen Willen Internierte beschweren kann und die aus einem Amtsarzte, einem Richter und einem Verwaltungsbeamten bestehen soll. Es soll also die Entscheidung darüber, ob jemand geisteskrank ist oder nicht, in die Hände einer Kommission gelegt werden, bei der die Laien das Übergewicht haben. Oder welchen anderen Zweck sollte eine solche Kommission denn sonst haben?!

Zu welchen Konsequenzen dies führen wird, läßt sich zurzeit noch gar nicht ausmalen. Wenn sich also die Laien trotz der gegenteiligen Ansicht des Anstaltsleiters und des Amtsarztes nicht von dem Bestehen einer Geisteskrankheit überzeugen können, so muß der Betreffende entlassen werden!? Ich meine, dies wäre für die Irrenärzte auf die Dauer ein unerträglicher Zustand.

Ein so verfänglicher Vorschlag sollte von den Irrenärzten selber niemals gemacht werden. Wenn eine solche Kommission dann doch noch gegen unseren Willen geschaffen wird, so haben wir wenigstens nicht die Verantwortung dafür.

Mit einer solchen Berufungskommission wäre dann freilich fast der anfangs angeführte Wunsch der Antipsychiater erfüllt. Die Laien kontrollieren die Ärzte, ob sie richtige Diagnosen stellen!

Die neuen Bestimmungen wären dann ein sehr schlechter Tausch für die Irrenärzte. Die Aufnahme wäre im Interesse der Patienten zwar erleichtert, aber sehr auf Kosten unserer Berufsfreudigkeit. Und wir haben doch auch Pflichten gegen uns selbst! Wenn schon eine Berufungsinstanz über die Frage, ob jemand geisteskrank ist oder nicht, für nötig gehalten wird, so dürfen wir unsere Zustimmung nur zu einer solchen geben, deren Glieder aus Fachkollegen bestehen, und zwar solchen, deren psychiatrische Ausbildung der unsrigen mindestens gleichkommt. Alles andere muß unsere Stellung herabsetzen und kann uns in eine durchaus unwürdige Lage bringen.

Wer soll ferner für die etwaigen üblen Folgen solcher Entlassungen, die gegen den Willen der Irren-

ärzte und eventuell gegen den der Angehörigen erfolgen können, die Verantwortung tragen?! Die Laien können nicht verantwortlich gemacht werden, denn sie haben keine Sachkenntnis (was von manchen Seiten sogar als ein Vorzug angesehen wird). Das Wohl vieler Familien ist also dann in die Hände einiger unverantwortlicher Männer gelegt.

Wir wollen uns doch nicht der Illusion hingeben, als ob durch diese Konzession an das Laienelement das Mißtrauen des Publikums gegen die Psychiater geringer würde. Im Gegenteil würden unsere Gegner jedesmal, wenn dank der Uneinsichtigkeit der Berufungskommission ein Kranker „befreit" wird, von neuem ins Horn stoßen. Und daß diese Fälle nicht so selten sein werden, das zeigt England, wo auf diese Weise 15% der Kranken, die oft dringend der Anstaltsbehandlung bedürfen, wieder entlassen werden.

Das Mißtrauen des Publikums fordert noch ganz andere Vorsichtsmaßregeln: „Man muß hiernach die Forderung aufstellen, daß zur Aufnahme in eine Irrenanstalt die Beteiligung von mindestens drei Personen nötig ist, welche sich in amtlicher Eigenschaft damit einverstanden erklären. Dem Arzt werden zwei Kontrollpersonen zur Seite gestellt, und man fordert dafür die Beteiligung von Laien, die nach Kenntnisnahme aller den Fall betreffenden Umstände ihre Zustimmung geben oder versagen. Sobald mehrere Personen über die Einbringung zu entscheiden haben, wird das Einsperrungsverfahren ganz erheblich erschwert. Eine weitergehende Sicherung besteht in der Feststellung von besonderen Vorschriften für die Ärzte, sowie in der Forderung von Zeugnissen und Vernehmung von Personen aus der Umgebung des angeblich Irren. Das ärztliche Zeugnis muß sich auf glaubwürdige Tatsachen, auf Handlungen und sonstige Äußerungen des betreffenden Irren stützen, die von einer bestimmten Anzahl von Zeugen schriftlich in beglaubigter Form bestätigt sind. Auch diese Maßregel dient wesentlich zur Erschwerung des Einbringens in die Irrenanstalten! (Die „vorläufige" Unterbringung tobsüchtiger und gemeingefährlicher Irren kann dabei unbeschadet durchgeführt werden.) Weiter ist dafür Sorge zu tragen, daß in bezug auf die bereits in die Anstalten Aufgenommenen eine scharfe Kontrolle durchgeführt wird: mindestens jeden Monat sind die Irren einer Kontrollkommission von drei bis fünf Personen vorzustellen, die auch für die Identität verantwortlich zu machen ist, so daß nicht untergeschobene Personen unter falschen Namen vorgestellt werden. Diese Kontrollkommissionen, deren ärztliche Mitglieder häufig wechseln sollten, muß durch Heranziehung von Laien vervollständigt werden, und alle Beschwerden, Anträge auf Untersuchungen sind an diese Kommission zu richten." (Mellage.)

Von den Laien wird andererseits auch wieder verlangt, daß sie das Vertrauen ihrer Mitbürger genießen und deshalb von diesen gewählt werden sollen. Als besonderer Vorzug gilt es, daß „ihre Augen durch Sachkenntnis nicht getrübt" sind. Sobald sie von Psychiatrie eine geringe Ahnung haben, sind sie schon verdächtig.

Zu diesen Forderungen sagt ein Laie (Burger): „Dem Irrtum sind Nichtärzte selbstverständlich in höherem Grade ausgesetzt, vor allem aus Mangel an Kenntnissen und Erfahrung und ferner, weil sie nicht die Zeit haben, die verdächtigen Personen der längeren Beobachtung zu unterwerfen, die ihnen von Ärzten gewidmet zu werden pflegt, sondern nach einer einzigen Untersuchung oder Verhandlung entscheiden müssen. Freilich werden ihre Irrtümer meist in der Richtung liegen, daß sie vorhandene Krankheiten nicht erkennen, und sie sind allerdings der persönlichen Freiheit weniger gefährlich als Ärzte. Dafür bringen sie aber Kranke um die Wiederherstellung ihrer Gesundheit oder um die beste Pflege und ermöglichen Verletzungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung."

Alle diese Einwendungen möchte ich mit gewissen Einschränkungen auch gegen die auf der Psychiaterversammlung vorgeschlagene Berufungskommission machen, denn Juristen und Verwaltungsbeamte sind, wenn sie nicht zu diesem Zwecke besonders vorgebildet, auch nur Laien. Wer garantiert uns denn, daß diese Mitglieder der Kommission nicht Anschauungen der oben wiedergegebenen Art huldigen?

Andererseits kann es uns Irrenärzten nur recht sein, wenn möglichst oft behördliche Revisionen der Anstalten stattfinden. Wir haben nichts zu verbergen! Die Entscheidung aber darüber, ob jemand krank ist oder nicht, muß den Ärzten bleiben.

Gegen die völlige Ausschaltung der Behörde bei der gegen den Willen der Kranken erfolgenden Aufnahme wird von juristischer Weise mit Recht geltend gemacht, daß es sich doch eigentlich immer um eine Freiheitsberaubung handele. Reißner sagt: „Aber weder das Reichs- noch das Landesrecht bietet den Verwandten und Freunden des Kranken ein direktes Mittel, ihn ohne oder wider seinen Willen der Heilung oder der Pflege oder der Beaufsichtigung zwecks Selbstschutzes oder des Schutzes Fremder zuzuführen. In den bestehenden Gesetzen ist auch nicht die geringste positive Bestimmung enthalten, die das Recht



dritter Personen, einen Geisteskranken zwecks Heilung oder Isolierung in einer Irrenanstalt unterzubringen, statuierte. . . . Nur die Polizei hat, wie wir feststellen, kraft anerkannter Rechtsgrundsätze und kraft positiver Gesetzesbestimmung Recht und Pflicht, zwecks Aufrechterhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung, im Interesse des öffentlichen Wohles zum Zwecke der Erhaltung der Staatsangehörigen und zum Schutze ihrer Rechte Geisteskranke unter den oben angegebenen Voraussetzungen zu internieren. Privatpersonen, die sich diese Befugnis unmittelbar, ohne vom Gericht dazu durch Bestellung als Pfleger oder Vormünder ermächtigt zu sein, anmaßen, handeln objektiv unbefugt. Keineswegs darf die moralische Verpflichtung, die im Gesetz nur im engsten Rahmen anerkannt ist, zur Überschreitung der durch das Gesetz gezogenen Grenzen führen."

Wir werden deshalb, wenn wir allen Angriffen, von welcher Seite sie auch kommen mögen, wirksam begegnen wollen, die Mitwirkung der Behörden bei jeder Aufnahme fordern müssen.

Am besten wäre, und dieser Gedanke liegt ja ganz nahe, der Mittelweg, der jetzt schon in vielen Fällen bei der vorläufigen Aufnahme eingeschlagen wird, daß man den Kranken mit einem ärztlichen Zeugnis und der Einwilligungserklärung der nächsten Angehörigen aufnimmt, andere notwendige Papiere nachträglich einfordert, bei der Behörde aber unverzüglich um Genehmigung der Aufnahme nachsucht. Es wäre überhaupt interessant und wichtig, einmal statistisch festzustellen, in wieviel Fällen heutzutage schon die „vorläufige" Aufnahme Anwendung findet, d. h. ohne daß die Genehmigung der Behörde vorher eingeholt ist. Ich glaube, daß sich da eigentümliche Zahlenverhältnisse ergeben würden. Hält man außerdem noch die Entscheidung einer anderen Instanz über den Geisteszustand der Internierten für nötig, so mag man einen Landespsychiater einsetzen.

Nicht besprochen wurden auf der Psychiaterversammlung die Entlassungsbestimmungen. Und gerade diese hätten meiner Ansicht nach ebenfalls eine Reformierung dringend nötig.

Vor mir liegen die Vorschriften über Aufnahme und Entlassung der Pfleglinge in Privatirrenanstalten. § 5 heißt: „Kommt die Entlassung eines Pfleglings nach § 4 lit. c in Frage (d. h. auf Verlangen der Angehörigen), bei welchem der Anstaltsleiter die Voraussetzungen des Art. 80 Abs 2 des Polizeistrafgesetzbuches (Gemeingefährlichkeit etc.) als zutreffend erachtet, so hat er rechtzeitig Entscheidung der zuständigen Distriktspolizeibehörde bezw. der Kgl. Polizeidirektion wegen etwaiger zwangsweiser Unterbringung des betreffenden Kranken herbeizuführen."

Der in Betracht kommende Passus des Polizeistrafgesetzbuches heißt: „Hat eine solche Person einen Angriff gegen Personen oder fremdes Eigentum verübt oder die öffentliche Sittlichkeit verletzt, und ist wegen Unzurechnungsfähigkeit des Beschuldigten entweder ein Strafverfahren gar nicht eingeleitet worden oder ein Strafverfahren einstellendes Erkenntnis erfolgt, oder ist die Gemeingefährlichkeit einer solchen Person in sonstiger Weise festgestellt, so ist die Polizeibehörde berechtigt, auf den Grund bezirksärztlichen Gutachtens deren Unterbringung in einer Irrenanstalt oder deren sonstige genügende Verwahrung anzuordnen."

Über eine eventuelle Selbstmordgefahr finde ich nirgends Bestimmungen. Man wende mir nicht ein, daß diese unter den Begriff „Gemeingefährlichkeit" falle. Nach der Ansicht von Juristen trifft dies nicht zu: „Hiernach wird als gemeingefährlich derjenige Geisteskranke zu bezeichnen sein, der durch seinen gegenwärtigen, auf nicht bloß transitorischen Ursachen beruhenden psychischen Zustand zu Betätigungen neigt, welche die stete Befürchtung einer Verletzung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit oder Ordnung oder fremder Vermögens- oder Individualitätsrechte beliebig welcher Personen aufkommen lassen und für dessen Neigungen nach dieser Richtung hin tatsächliche Anhaltspunkte gegeben, Tatsachen bereits festgestellt sind." (Reißner.)

Hiernach müßten wir also trotz bestehender hochgradiger Selbstmordgefahr einen Kranken gegebenenfalls einfach entlassen!

Wenn sich nun ein gegen schweren Revers entlassener Kranker zu Hause gleich am zweiten Tag tötet, so geschieht wiederum von seiten der Behörden in den meisten Fällen absolut gar nichts, trotzdem doch tatsächlich mindestens eine fahrlässige Tötung vorliegt (es ist sogar der Fall denkbar, daß trotz Selbstmord einmal der Tatbestand einer vorsätzlichen und überlegten Tötung vorliegt).

Die selbstmordgefährlichen Kranken müssen durch die neuen Verordnungen also unbedingt wirksamer gegen den Unverstand oder bösen Willen ihrer Angehörigen geschützt werden.

Das Interesse der Kranken erfordert nicht nur eine erleichterte Aufnahme, sondern eventuell auch eine erschwerte Entlassung.



Über die strafrechtliche Beurteilung der Minderjährigen.

Von Dr. *B. Risch*, Oberarzt der Landesirrenanstalt Eichberg im Rheingau.

(Schluß.)

Nach Besprechung der Frage, von welchem Lebensalter ab man volle strafrechtliche Verantwortlichkeit annehmen kann, mag noch erörtert werden, in welchen Maßregeln die Behandlung der jugendlichen Rechtsbrecher bestehen soll. Wie aus meinen früheren Darlegungen ersichtlich ist, fällt dabei das Interesse der Allgemeinheit mit dem Interesse des Jugendlichen zusammen. Gelingt es, durch geeignete Maßnahmen sein Gehirn zu normaler Entwicklung der intellektuellen und ethischen Urteile und Gefühle zu bringen, so ist der Zweck, ihn zu einem sozial brauchbaren Mitglied der menschlichen Gesellschaft zu machen, erreicht. Gelingt diese Erziehung infolge krankhafter Gehirnveranlagung nicht, erweist der Minderjährige sich als nicht entwicklungsfähig, so wird durch rechtzeitige Einweisung in eine geschlossene Anstalt, in welcher die Arbeitsfähigkeit des Individuums unter Kontrolle zu erreichbarer Höhe gebracht wird, den zwei wichtigsten in Frage kommenden Gesichtspunkten völlig Genüge getan.

1. Wird das persönliche Interesse und das Wohlbefinden der Minderjährigen dadurch in bester Weise gewahrt, daß man ihn, soweit das möglich ist, wenn auch in beschränktem Kreise sozial verwendbar macht.

2. Wird man der Forderung des Staatsschutzes, der die Unschädlichmachung asozialer Glieder der menschlichen Gesellschaft erheischt, gerecht, indem man den Rechtbrecher an der Verübung seiner Verbrechen durch Internierung auf Lebensdauer verhindert.

Die Frage der Fürsorgeerziehung ist durch sorgfältige Arbeiten so außerordentlich zahlreicher Autoren von den verschiedensten Gesichtspunkten aus beleuchtet worden, daß sie eigentlich als völlig geklärt zu betrachten ist. Wenigstens glaube ich nicht, daß die einheitliche Auffassung, die in derselben besteht, in irgendeinem Punkte einer Berichtigung bedürfe.

Vor das Tribunal des Jugendgerichtshofes gehören alle Kriminellen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Bei den Kriminellen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, wird in einer Reihe von Fällen Bestrafung mit Gefängnis aus den von mir angeführten Gründen nicht zu vermeiden sein. Der irrenärztliche Sachverständige wäre in möglichst weitgehendem Maße zur gutachtlichen Äußerung über den Geisteszustand des Angeschuldigten heranzuziehen.

Bei Kriminellen vor vollendetem 18. Lebensjahr dagegen erscheint es zweckmäßig, daß dauernd dem Richter ein irrenärztlicher Sachverständiger und ein Pädagoge zur Seite stehen. Der Richter wird eben als Erzieher zu wirken und ausschließlich darüber zu befinden haben, ob der kriminelle Jugendliche noch weiter in der elterlichen Familie verbleiben, der Fürsorgeerziehung überwiesen, einer Besserungs- oder einer Irrenanstalt zugeführt werden soll.

Nahezu 40% der Fürsorgezöglinge sind so pathologisch, daß sie sich als ungeeignet für eine Besserungsanstalt erweisen, während sie bei der fachärztlichen Behandlung in einer Irrenanstalt noch entwicklungsfähig sein können.

Cramer (Klinisches Jahrbuch, XXIII. Band, 2. Heft) kommt in seinem Bericht über die Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der Fürsorgezöglinge in verschiedenen Besserungsanstalten zu dem Resultat, daß nur 39% der Fürsorgezöglinge geeignet zur Fürsorgeerziehung sind. 40% erweisen sich als ungeeignet und 21% als besserungsfähig.

Durch die dauernde Mitwirkung des Psychiaters bei dem Jugendgerichtshof würde zunächst das Gros der Psychopathen in für die Gehirnentwicklung günstige Bedingungen gebracht. Aus den Anstalten würden sie dann bei verspätet eingetretener seelischer Reife und zufolge der Einwirkung einer Jahrzehnte andauernden Gewöhnung an regelmäßige Tätigkeit, Ordnung der Lebensweise, Beherrschung der Affekte etc. mit dem 30. Lebensjahr oder später als sozial brauchbare Elemente entlassen werden können. Bei völliger Entwicklungsunfähigkeit käme selbstredend nur Internierung auf Lebensdauer in Frage.

Diejenigen Elemente, welche sich in Besserungsanstalten halten lassen, aber doch dauernd Neigung zu verbrecherischen asozialen Handlungen bekunden, müßten solange in Anstalten mit dem Charakter von Arbeitshäusern verbleiben, bis sie diese Neigung verloren haben. Sollte die Beseitigung derartiger asozialer Neigungen sich als unmöglich erweisen, so müßte je nach dem Grade der Gemeingefährlichkeit eine Unschädlichmachung solcher Individuen auf Lebensdauer möglich sein. Es käme in diesem Falle der Gesichtspunkt einer so hochgradigen geistigen Minderwertigkeit in Betracht, daß in wissenschaftlichem Sinne das Bestehen von Geistesstörung anzunehmen ist.

Befindet der Richter auf Einweisung in eine Besserungsanstalt, so dürfte die Entlassung aus derselben vor Vollendung des 21. Lebensjahres als ausgeschlossen gelten. Denn die Erfahrung lehrt, daß der günstige Einfluß der Erziehung nur dann von Dauer ist, wenn eine völlige Entwicklung des Gehirns erfolgt ist.

Noch mehr gilt derselbe Grundsatz für die psychopathischen Individuen, die vom Jugendrichter der Irrenanstalt zugewiesen werden. Sie werden, abgesehen von den Fällen akuter transitorischer Geistesstörung, stets einer Behandlung bis zum Abschluß ihrer geistigen Entwicklung zu unterziehen sein. Daß dieser Satz für viele Internierung auf Lebensdauer bedeuten wird, kann selbstredend nicht strittig sein.

Die Notwendigkeit, daß dem Jugendrichter dauernd ein Irrenarzt und ein Pädagoge beigegeben sein müssen, bedarf wohl kaum irgendwelcher Begründung. Es handelt sich bei der richterlichen Tätigkeit in meinem Sinne in hohem Grade um pädagogische und irrenärztliche Fragen. Die Beurteilung der kindlichen Psyche setzt zweifellos manche psychologischen Kenntnisse, Erfahrungen und ein besonderes Verständnis für das Denken und Handeln von Minderjährigen voraus, welche nicht jedem gegeben sind. Ein jeder glaubt selbstredend auf das beste die Psyche des Minderjährigen verstehen zu können, und sicherlich halten daher viele derartige Hinweise, wie ich sie vorzubringen für dienlich hielt, für selbstverständlich und daher für überflüssig.

Und doch lehrt die tägliche Erfahrung, daß diese Gesichtspunkte uns allen zwar bekannt sind, sich merkwürdigerweise aber in unserem Handeln in nur ungenügendem Grade bemerkbar machen.

Nicht bestreiten läßt sich, daß die segensreiche Einrichtung von Zwangserziehungsanstalten in weiterem Maße, als sie bisher besteht, zu einer erheblichen Belastung der Kommunalverbände etc. führen muß. Auch dieser Kostenpunkt ist bekanntlich Gegenstand zahlreicher Erörterungen bei Diskussion der Internierung der Minderwertigen geworden. Von mancher Seite wird hervorgehoben, daß derartige Anstalten, ganz gleich ob sie die Signatur von Zwangserziehungsanstalten, Arbeitshäusern etc. tragen, nichts kosten sollen. Eine zweckmäßige, mit weniger überflüssigem Verwaltungsballast wirtschaftende Organisation, die nach Art größerer landwirtschaftlicher oder industrieller Unternehmungen durch eigene Produktion die Kosten der Unterhaltung des Betriebes zu decken imstande ist, soll sich, wie behauptet wird, möglich machen lassen. Es läßt sich auch nicht bestreiten, daß eine solche bereits vielfach durchgeführt wurde.

Es müssen derartige Betriebe nicht von Verwaltungsbeamten, sondern von tüchtigen Kaufleuten geleitet werden, die es verstehen, die Arbeitskräfte der Minderwertigen produktiv auszunutzen und die Produktionen in der bei allen industriellen Unternehmungen üblichen Weise zu verwerten. Auf die Selbsterhaltung muß also die ganze Organisation, soweit das überhaupt möglich ist, zugestutzt werden. Auf sozial-technische Einzelheiten, wie sie vielfach in mir zweckmäßig erscheinender Weise in Vorschlag gebracht worden sind, erübrigt sich an dieser Stelle einzugehen.

Kurz berührt sei noch der Vorschlag, der letzthin auch im Reichstag gemacht wurde, die Prügelstrafe für die Verbrechen Jugendlicher einzuführen.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, hebe ich hervor, daß ein Jugendlicher sicherlich ebensogut bestraft werden kann oder muß wie der Erwachsene. Meine Ausführungen bezwecken nur, die Zweckmäßigkeit oder Unzweckmäßigkeit verschiedener Strafarten klarzulegen. Vor allem schien es mir notwendig, den Begriff der Vergeltung bei der Bestrafung Jugendlicher zu eliminieren.

Die Strafe als Erziehungsmittel angewendet hat, wie jedenfalls von keiner Seite bestritten werden wird, den größten Wert. Es gibt sicherlich wenige Kinder, bei deren Erziehung durch Eltern und Lehrer sich gelegentliche Bestrafungen als überflüssig erweisen. Trotzdem erhob sich ein Sturm der Entrüstung im Publikum, als in der Presse der Umstand erörtert wurde, daß die Vorsteher mancher Erziehungsanstalten in ziemlich umfangreichem Maße auch bei weiblichen Fürsorgezöglingen von körperlicher Züchtigung zu erzieherischen Zwecken Gebrauch zu machen pflegen. Es lassen sich aber weder theoretische noch praktische Bedenken schwerwiegender Art gegen die körperliche Bestrafung der Fürsorgezöglinge geltend machen.

Wie vorher erwähnt worden ist, wird die asoziale Handlung durch Gegenvorstellungen verhindert, welche mit einem Unlustgefühl verbunden sind. Der Abscheu vor der Handlung spielt dabei eine Hauptrolle. Dieses Unlustgefühl entsteht bekanntlich durch die Erregung eines Erinnerungszellenkomplexes, in welchem die Eindrücke von ähnlichen Handlungen und der zu Unlustgefühl führenden Begleitumstände derselben sich eingeprägt haben. Von der Intensität, mit welcher das Unlustgefühl sich seinerzeit sozusagen in das Gehirn eingegraben hat, hängt die Reaktion der Psyche auf die Wiederholung desselben Impulses ab.



Je geringer die Reizempfänglichkeit des kindlichen Gehirns ist, desto weniger wird es auf die psychischen Reize der Ermahnungen seitens der Eltern und Erzieher reagieren. Es werden daher besonders kräftige Reize erforderlich sein, wenn der gewünschte Zweck des Reizes, nämlich „zu haften", erreicht werden soll.

Bekanntlich wird bei der Behandlung der Hysterie gleichfalls, wenn durch psychische Reize keine genügend intensiven Heil- d. h. Gegenvorstellungen entstehen, der faradische Strom als Unlust erregender Hautreiz in Anwendung gezogen. Man sieht in zahlreichen Fällen hysterische Lähmungen bei Kindern durch energische Einwirkung der Faradisation schwinden.

Daß der elektrische Strom in solchen Fällen durch eine körperliche Züchtigung, die einen kräftigen Affekt hervorruft, ersetzt zu werden vermag, kann wohl kaum strittig sein. Der Effekt hängt eben ausschließlich von der Reizgröße ab. Die körperliche Strafe überwindet in ihrer Eigenschaft als kräftiger Hautreiz die in einer angeborenen seelischen Indolenz beruhenden psychischen Widerstände des Jugendlichen. Da die Erziehung im wesentlichen den Zweck hat, Hemmungen zu schaffen, so wird die körperliche Strafe stets ein unentbehrliches Erziehungsmittel bleiben. Diejenigen Kinder, die Besserungsanstalten überwiesen sind, werden sicher zufolge ihrer ungünstigen seelischen Entwicklung ohne stärkere Reize keine genügenden Hemmungen zu erwerben vermögen. Denn ein gewisses Manko an physiologischer Reizempfänglichkeit dürfte den Fürsorgezöglingen wohl nicht abzusprechen sein.

Schließlich sei noch zweier Gesichtspunkte Erwähnung getan, welche für den hohen Wert der Auslese sprechen, die durch die vorgeschlagene Behandlung Jugendlicher erzielt würde. Erstens würde das Heer von der Masse der sozial unbrauchbaren Elemente befreit, welche die Disziplin gefährdet und zu großen Schädigungen des Militärdienstes führt. Zweitens würde durch die rechtzeitige Erkennung und lebenslängliche Unschädlichmachung der Minderwertigen in sexueller Beziehung ihre Fortpflanzung verhindert. Es ist wohl mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß entsprechend der Selektionstheorie ein Rückgang des Verbrechens, der geistigen Minderwertigkeit und der Geistesstörungen zu erwarten sein wird. Es würde sozusagen, soweit das überhaupt erreichbar ist, ein geistesgesunder Menschenschlag herangezüchtet werden. Die anfangs sehr hohen Aufwendungen, welche Staat, Kommunalverbände und Städte zu machen haben, müssen dementsprechend sinken; die Zahl der Verwahrungsbedürftigen, ganz gleich ob in Gefängnissen, Irrenanstalten, Zwangserziehungs- oder Korrigendenanstalten, wird voraussichtlich in erheblichem Maße abnehmen.

Für die Behandlung resp. Unterbringung der Erwachsenen, die sich bis zum 21. Lebensjahr in Zwangserziehungsanstalten befunden haben und trotz ihrer Geeignetheit für dieselben dauernd Neigung zu asozialen Handlungen bekunden, kommen alle diejenigen Maßnahmen in Frage, welche in der Hochflut von Arbeiten der letzten Jahre über die Behandlung von Minderjährigen diskutiert werden. Das Resumé dieser Diskussion dürfte folgende Auffassung sein. Die geistig Minderwertigen sind zufolge der Mißbildung ihres Gehirns auf mehr oder weniger umfangreichen Gebieten des Seelenlebens unentwickelt geblieben. Sie sind Kinder, daher als Minderjährige zu behandeln. Es gelten demgemäß für sie genau dieselben Grundsätze, welche der Behandlung der Jugendlichen zugrunde zu legen sind.

Sie sind:

1. zivilrechtlich Kindern gleichzustellen d. h. zu entmündigen.

2. Im Hinblick auf ihre Neigung zu asozialen Handlungen der Fürsorgeerziehung zu überweisen. Sie sind also in Besserungsanstalten unterzubringen, in welchen sie geistig entwickelt und erzogen werden sollen, soweit das möglich ist.

3. Erweisen sie sich als nicht erziehungs-, im engeren Sinne besserungsfähig, so sind sie in diesen Verwahranstalten für die Lebensdauer in einem erreichbar hohen Grade sozial brauchbar zu erhalten.

Der dritte Gesichtspunkt würde auch der Forderung der Unschädlichmachung unverbesserlicher Schädlinge der menschlichen Gesellschaft vollauf Genüge leisten. Daß derartige Asyle für Erwachsene, die zeitlebens eine kindliche Psyche behalten, den Charakter von Krankenhäusern bis zu einem gewissen Grade tragen und vor allem unter irrenärztlicher Aufsicht stehen müssen, kann heutzutage wohl als nicht mehr umstritten gelten.



Mitteilungen.

— Internationaler medizinischer Kongress in Budapest. 29. August bis 4. September 1909. Programm der Sektion Neuropathologie und Psychiatrie.

Sektion XI: Neuropathologie.

Bureau: Geschäftsführender Präsident: E. Jendrássik, VIII, Szentkirályiutcza 40, Budapest. Geschäftsführender Sekretär: K. Schaffer, IV, Kalvin-tér 4, Budapest. Mitglieder: J. Donath, Eug. Kollarits, L. Lenaz (Fiume), Fr. v. Reusz, A. von Sarbó, A. Schwartz. Schriftführer: R. Bálint, Fr. Herzog.

Referate:

Bianchi (Naples): Fonction des lobes frontaux.

Claude et Lejonne (Paris): Les lésions des centres nerveux dans les méningites cérébro-spinales. Lésions concomitantes. Séquelles.

Dercum (Philadelphia): On the interpretation of Aphasia.

Erdheim (Wien): Über pathologische Anatomie und Histologie der Hypophyse. (Demonstration.)

Eulenburg (Berlin): Therapie der Basedowschen Krankheit.

Frankl-Hochwart (Wien): Die Diagnostik der Hypophysistumoren.

Head (London): Sensory impulses in the Brain and Spinal Cord.

Henschen (Stockholm): Über die Organisation des Sehzentrums.

Higier (Warschau): Pathologie der hereditären Krankheiten.

Homén (Helsingfors): Le rôle des bactéries dans la pathologie des maladies du système nerveux central.

Lejonne (Paris), vide Claude.

Lugaro (Messine): La fonction de la cellule nerveuse.

Marinesco (Bucarest): Pathogénie de la maladie de Basedow.

Monakow (Zürich): Lokalisationsprinzipien in der Aphasiefrage.

Meyer (New-York): The Aphasia-material of the New-York State Hospitals.

Obersteiner (Wien): Die Funktion der Nervenzelle.

Oppenheim (Berlin): Diagnose und Behandlung der Geschwülste innerhalb des Wirbelkanals.

Roth (Moscou): Les paralyses pseudobulbaires.

Sachs (New-York): Pathology of hereditary diseases.

Sicard (Paris): Traitement de la névralgie faciale per les injections modificatrices locales.

Vogt (Frankfurt a. M.): Über pathologische Entwicklung des Zentralnervensystems und deren Bedeutung für allgemeine Fragen der Biologie und Pathologie.

Vorträge:

Abundo (Catane): La doctrine métamérique et les maladies nerveuses. — Allen (Philadelphia): Spezial Features concerning Multiple Neuritis. — Aubemau (Brest), vide Lenoble. — Bach (Marburg): Zur Einteilung der Augenmuskellähmungen. — Brissaud (Paris): Paraplégies spasmodiques non syphilitiques (c'est-à-dire celles qui correspondent au syndrome du tabes dorsal spasmodique d'Erb-Charcot). — Catsaras (Athènes): Contribution à l'étude des formes cliniques du paludisme cérébral. — Claude (Paris), vide Raymond. — Cottenot (Paris), vide Dufour. — Darkschewitsch (Kasan): Über Wegschaffung der Zerfallsprodukte der erkrankten peripherischen Nerven. — Déjerine (Paris), vide Poix. — Doerr (Zürich): Über seltenere Blutungen in das Zentralnervensystem. — Donath (Budapest): Die Behandlung der progressiven Paralyse mittels Nuklein-Injektionen. — Dufour et Cottenot (Paris): Vomissements incoercibles dans la grossesse et leurs rapports avec les lésions du système nerveux. — Durante (Paris): Métaplasies cellulaires dans le système nerveux. — Fuchs (Wien): Untersuchungen bei Paralysis agitans. — Gutzmann (Berlin): Die Behandlung der Aphasie. — Haskovec (Prag): Thema vorbehalten. — Jendrassik (Budapest): Begriff der Neurasthenie. — Keller (Budapest): Die Bedeutung des Adduktorenreflexes. — Klippel et Weil (Paris): Sur le régime des réflexes chez les tuberculeux pulmonaires. — Kouindjy (Paris): Méthode de la rééducation de la Salpêtrière. — Korányi (Budapest): Thema vorbehalten. — Kühne (Cottbus): Bedeutung des Schrecks für die Entstehung der Nerven- und Geisteskrankheiten. — Ladame (Genève): Tabes traumatique. — Laignel-Lavastine (Paris): Le plexus solaire des diabétiques. — Lazarus (Berlin): Pathogenese und Therapie der Ataxie. — Lenoble et Aubemau (Brest): Le nystagme-myoclonie. — Lhermitte (Paris): Sclérose en plaques: nature inflammatoire et pathogénie. — Liepmann (Berlin): Zum Stande der Aphasiefrage. — Mairet (Montpellier): 1. Folie hystérique; 2. L'inversion morale. — Marina (Trieste): Le ganglion ciliaire est le centre périphérique pour l'innervation pupillaire à la lumière. — Minor (Moscou): La sémeiologie des lésions traumatiques du nerf sympathique cervical. — Muskens (Amsterdam): Weitere Untersuchungen über segmentale præepileptische Gefühlsstörungen und ihre klinische Bedeutung. — Müller (Breslau): Thema vorbehalten. — Petrén (Upsala): Über die sensorischen Bahnen im Rückenmarke und über die Lokalisation der peripherischen Sensibilität in der Gehirnrinde. — Pick (Prag): Lokalisation des Agrammatismus. — Poix (Le Mans) et Déjerine (Paris): Un cas de claudication intermittente d'origine médullaire. — Raoult-Deslongchamps (Paris): Sur quelques cas de névrites périphériques. — Raymond et Claude (Paris): Quelques remarques sur les syndromes protubérantiels. — Robinowitsch (New-York): 1. The general and cerebral Blood Pressure in Electric Epilepsie; 2. The method of resuscitating electrocuted animals. — Saenger (Hamburg): Thema vor-



behalten. — Sano (Anvers): L'origine du nerf phrénique. — Sarbó (Budapest): Parallelismus und Antagonismus im Verhalten der Sehnenreflexe der unteren Extremitäten. — Savill (London): On the influence of toxic blood staates on the nervous system. — Schaffer (Budapest): Die funktionelle Bedeutung des Gyrus supramarginalis. — Scherb (Alger): Maladies mentales et nerveuses chez les indigènes musulmans de l'Afrique du Nord. — Schultze (Bonn): Zur Lehre von der Edingerschen Aufbrauchstheorie. — Schwarz (Budapest): Thema vorbehalten. — Teschner (New-York): Die erfolgreiche Behandlung veralteter und fortschreitender Lähmungen durch Reedukation. — Thöle (Hannover): Über Skoliose bei Ischias und ihre Ursache. — Traugott (Breslau): Traum und Hypnose. — Vires (Montpellier): 1. Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'épilepsie; 2. Cytotoxines nerveuses. — Weil (Paris), voir Klippel. — Weisenburg (Philadelphia): The nervous mecanism of respiration.

Sektion XII: Psychiatrie.

Bureau: Geschäftsführender Präsident: E. E. Moravcsik, IX, Ráday-utcza 5, Budapest. Copräsidenten: O. v. Babarczi-Schwartzer, K. Lechner (Kolozsvár). Geschäftsführender Sekretär: K. Hudovernig, IV, Váczi-utcza 83, Budapest. Mitglieder: N. Czékus, L. Epstein (Nagyszeben), J. Fischer (Pozsony), M. Hegyi (Máramarossziget), Eug. Konrád, J. Niedermann, G. Oláh, K. Pándy, P. Ranschburg, J. Salgó. Schriftführer: K. Décsi (Békésgyula), I. Fischer, E. Hollós, E. Kiss, H. Lukács (Kolozsvár), K. Nyéki, C. Reuter, G. Sipöcz (Pécs).

Referate:

Ballet (Paris): La classification des maladies mentales.

Bresler (Lublinitz): Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen.

Cramer (Göttingen): Die im Verlaufe der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen.

Deventer, Van (Amsterdam): Die Pflege der Irren in eigener Wohnung.

Fischer (Budapest): Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkt.

Friedländer (Frankfurt a. M.): Therapie der Hysterie und die moderne Psychoanalyse.

Hebold (Berlin): Über Epileptiker-Anstalten.

Keraval (Neuilly-sur-Marne): La classification des maladies mentales.

Moreira (Rio-de-Janeiro): Les troubles nerveux et psychiques dans l'artériosclérose.

Oláh (Budapest): Die im Verlaufe der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen.

Ranschburg (Budapest): Über die Möglichkeit der Feststellung des geistigen Canons des Normalmenschen.

Régis (Bordeaux): Neurasthénie et artériosclérose.

Roubinovitch (Paris): Essai de Psychiatrie pédagogique des enfants „difficiles".

Salgó (Budapest): Die Paranoiafrage.

Sommer (Gießen): Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkte.

Spratling (New-York): Colonies for Epileptics.

Tschitsch (Jurjew): Die im Verlaufe der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen.

Wagner von Jauregg (Wien): Die Paranoiafrage.

Weygandt (Würzburg): Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkt.

Vorträge:

Bond (London): A Description of „Long-Grove" Asylum the Jenth for the County of London. — Claude (Paris): Les rapports de l'hystérie et de l'épilepsie. — Crocq (Bruxelles): Définition de la neurasthénie. Classification des états neurasthéniformes. — Epstein (Nagy-Szeben): Beiträge zur Rassenpsychiatrie. — Fischer (Pozsony): Über juvenile Paralyse. — Hudovernig (Budapest): Zur Unterscheidung funktionell und organisch bedingter Druckempfindlichkeit. — Konrád (Budapest): Über Erblichkeitsverhältnisse in der Nachkommenschaft von Geisteskranken. — Lechner (Kolozsvár): Über normale und pathologische Gefühle. — Meyer (New-York): Zur Auffassung der Dementia praecox. — Mingazzini (Rome): Les aphasies en rapport avec les troubles psychiques. — Moreira (Rio-de-Janeiro): Les perturbations mentales chez les divers aborigènes de l'Amérique. — Pick (Prag): Der Hydrozephalus bei der umschriebenen senilen Hirnatrophie. — Rouby (Alger): 1. Les miracles de Lourdes chez les non-hystériques; 2. Les miracles de Lourdes chez les hystériques. — Schlöß (Kierling): Thema vorbehalten. — Tamburini (Rome): La démence primitive. — Wosinski (Balf): Die Behandlung der Epilepsie. — Ziehen (Berlin): Störungen des Wiedererkennens bei Geisteskranken. —

Die **Leitung des Kongresses** zu Budapest begann soeben mit der Versendung des 2. Rundschreibens. Das ansehnliche Heft enthält neben dem wissenschaftlichen Arbeitsprogramme der 21 Sektionen eine ausführliche Beschreibung der Kongreß-Ausflüge, wie auch alle notwendigen Aufklärungen betreffs Reise und Unterkunft in Budapest. Es sei auch an dieser Stelle ausdrücklich bemerkt, daß die Unterkunftsfrage derart gelöst wurde, daß jeder Teilnehmer am Kongresse ohne Schwierigkeit eine seinen Verhältnissen und Wünschen entsprechende Unterkunft finden kann. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 25 Kronen; Gattinnen und Töchter der Mitglieder zahlen 12,50 Kronen. Geldsendungen wolle man an den Schatzmeister des Kongresses: Prof. Julius v. Elischer, Budapest, VIII., Esterházy-utcza 7, adressieren. Es liegt in der Natur der Sache, daß, obwohl das Rundschreiben in mehr als 20000 Exemplaren verschickt wird, die Gesamtheit der Herren Kollegen mit demselben nicht bedacht werden konnte. Die Kongreßleitung bittet daher ergebenst alle Leser unseres Blattes, diese Mitteilung als Einladung zur Teilnahme am Kongreß zu betrachten. Allen Interessenten, die sich an die Kongreß-



leitung wenden, wird sofort das Rundschreiben zugestellt, wie auch allen sonstigen Anfragen und Wünschen dieselbe bereitwilligst entsprechen wird. Adresse: Bureau des XVI. Internationalen Medizinischen Kongresses, Budapest, VIII., Esterházy-utcza 7.

— Eine italienische Übersetzung von **Sommers Kriminalpsychologie** ist von Dr. Mario Tonzo, Assistenten des Institutes für Experimentalpsychologie an der Universität in Turin (Prof. Kiesow) im Verlage der Unione tipografica-editrice in Turin herausgegeben worden.

— Die Zeitschrift: Das freie Wort, Frankfurt a. M., Nr. 2, 1909, veröffentlicht folgende „Bekanntmachung", auf die die Fachkollegen aufmerksam gemacht seien. Kommentar überflüssig. Vielleicht vermag einer der Herren Kollegen näheres über die Zentrale zu ermitteln und mitzuteilen.

„**Bekanntmachung der Zentrale für Reform des Irrenwesens.** (Um Nachdruck wird gebeten.)

Am 9. Juli 1892 brachte die „Kreuzzeitung" einen Aufruf, der von den angesehensten Männern der Geburts- und Geistesaristokratie unterzeichnet war, „zum Schutze der durch die jetzige Praxis bedrohten staatsbürgerlichen Rechte". Gemeint war die bei Irrsinns-Erklärung oder Einschaffung ins Irrenhaus übliche Praxis, bei der:

„dem als „geisteskrank" Angeschuldigten die Verteidigung so gut wie unmöglich gemacht, dem im Irrenhaus Begrabenen aber vollständig genommen wird."

Verschiedene Fälle in den letzten Jahren haben gezeigt, daß es mit dieser Praxis heute nicht besser bestellt ist wie vor 17 Jahren, — auch heute noch ist der Einleitungssatz jenes Aufrufs wahr:

„daß auf keinem Gebiet unseres Rechtslebens dem Irrtum, der Willkür und der bösen Absicht ein solcher Spielraum gewährt ist als auf dem der Irrsinns-Erklärung."

Jener denkwürdige „Kreuzzeitungs"-Aufruf hat im Volke nicht das Echo hervorgerufen, welches er verdient hätte, und dieser Gleichgültigkeit ist es wohl auch zuzuschreiben, daß wir bis heute noch kein festes Irrengesetz haben, noch heute gibt es für die als „geisteskrank" Angeschuldigten keine geschriebenen, einheitlichen Gesetze, sondern alles ist „in das diskretionäre Ermessen" der Behörden, Sachverständigen und Anstaltsdirektoren gestellt. — Jene Forderung des Aufrufs:

„daß die Entscheidung über jede Entmündigung wegen Geisteskrankheit und über Internierung in einer Irrenanstalt in die Hand einer Kommission unabhängiger Männer, die das Vertrauen ihrer Mitbürger genießen, gelegt werden muß",

muß auch heute noch mit allem Nachdruck erhoben werden, ebenso wie jene, daß die Irrenanstalten — seien sie nun staatlich oder privat — einer schärferen Kontrolle unterstellt werden.

Ist auf diese Weise ein erhöhter, gesetzlicher Schutz der wirklich oder nur angeblich Kranken garantiert, so muß auch der Krankenpflege selbst das Hauptaugenmerk zugewendet werden. Mit der Praxis, daß sich das Pflegerpersonal zum größten Teil aus Dienstknechten, Stall- und Dienstmädchen ergänzt, muß endgültig gebrochen werden, dann werden auch die ominösen Mißhandlungen in den Irrenanstalten seltener werden. Derlei Leute besitzen nicht die für einen solchen Beruf nötige Vorbildung. Für die Töchter der sogenannten besseren Stände wäre hier Gelegenheit geboten, ihre in den Pensionaten und Töchterschulen usw. erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten segenbringend im Dienste der Nächstenliebe zu verwerten und so „zur Lösung der Frauenfrage" das ihrige beizutragen.

Es kann gar nicht stark und oft genug betont werden, auf welch niedriger Stufe unser gesamtes Irrenwesen sich befindet, weil das Publikum dieser hochwichtigen Frage nahezu gleichgültig gegenübersteht. Was der Aufruf in dieser Beziehung sagt, gilt auch heute noch:

„daß die öffentliche Meinung großenteils noch blind ist gegen Gefahren, vor denen bei irgendwelchen Kollisionen doch niemand sicher ist."

Die „Zentrale für Reform des Irrenwesens" hält es für ihre Pflicht, auf jenen Aufruf vom 9. Juli 1892 neuerdings hinzuweisen und gestattet sich dabei die Bitte auszusprechen, man möge ihre Bestrebungen, welche auf eine Reform unseres gesamten Irrenwesens hinzielen, nach Kräften unterstützen, sei es durch Zustimmungserklärungen, die bei Eingaben usw. verwendet werden, oder durch Geldspenden.

Hersbruck (Bayern).

Die Zentrale für Reform des Irrenwesens."

Referate.

— Franz Chyle: Der Selbstmord als Spekulation des modernen Verbrechertums. Wien, 1908. Huber & Lahme Nachfolger. 31 S.

Durchaus laienhafte Verbreitungen über Selbstmordmotive. Geisteskrankheit ist nur in den seltensten Fällen nach Verf. Ursache des Selbstmordes, das ist „heute bereits wissenschaftlich begründet". „Die Theorie der erblichen Belastung ist eine gelehrte Fabel." Verbesserung der Erziehung in Schule und Haus und Illustrierung der sozialen Gebrechen auf der Bühne, meint Verf., seien die einzigen und wirksamen Mittel zur Prophylaxe des Selbstmordes.

Horstmann.

Druckfehlerberichtigung.

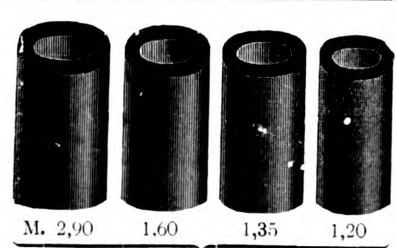
In Nr. 7, S. 60, linke Spalte muß es bei der Notiz über den Internationalen medizinischen Kongreß statt Stuttgart heißen: **Budapest.**

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.





Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & Co
FRANKFURT A/M.
Brom-Validol
1,0 Natr. bromat. — 0,1 Magnes. usta — 5 Tropfen Validol.
Besitzt die beruhigende Baldrianwirkung des Validols in verstärktem Maße
Indiziert bei
nervöser Überreiztheit durch Berufsarbeit
außerdem gegen
hysterische Zustände beim Beginn des Klimakteriums.
Literatur: Dr. Schwersenski: „Therapeut. Monatshefte“ 1908, Novb.
Muster nebst Literatur stehen den Herren Ärzten zur Verfügung.
Bei der Bestellung wolle man sich auf Anzeige Nr. 38 beziehen.



M. 2,90 1,60 1,35 1,20
pro Meter.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 9. 22. Mai **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Typhus in Großschweidnitz. Von Ober-Med.-Rat Dr. Krell. (S. 73.) — Mitteilungen (S. 77): Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. (Fortsetzung.) — Personalnachrichten. (S. 78.) — Therapeutische Beilage: Über Syrupus Colae compositus „Hell". Von Dr. J. Bresler. (S. 79.)

Typhus in Grossschweidnitz.

Von Ober-Med.-Rat Dr. *Krell*.

Nach einem im Verein sächs. Bezirksärzte zu Dresden gehaltenen ausführlicheren Vortrag.

Die im Pavillonstil erbaute, mit einer eigenen Quellwasserleitung versehene, 1902 eröffnete Kgl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz bei Löbau, die sich bisher eines guten Gesundheitszustandes zu erfreuen hatte, wurde Ende 1907 von einer ausgebreiteten Typhusepidemie heimgesucht, deren Ausläufer sich bis in das zweite Vierteljahr 1908 hinein erstreckten.

Nachdem eine kleine Influenzaepidemie, die Mitte November 1907 eingesetzt hatte, bis zum 10. Dezember desselben Jahres abgelaufen war, erkrankten um die Weihnachtstage eine auffallend große Zahl von Pflegebefohlenen und Pflegepersonen, und zwar unter Erscheinungen, die den erneuten Ausbruch einer Influenzaepidemie vermuten ließen; allgemeine Mattigkeit, Gliederschmerzen, Schmerzen in den Augen, Appetitlosigkeit, mäßiges Fieber bis 39 Grad und einige Zehntel waren die hauptsächlichsten Erscheinungen; katarrhalische Erscheinungen, wie solche bei den früheren Influenzaepidemien vorwiegend festzustellen gewesen waren, kamen weniger zur Beobachtung. Darmerscheinungen nur hier und da. Um die Jahreswende waren einige der Erkrankten bereits wieder fieberfrei; doch die Mehrzahl der Befallenen lag noch krank, und eine beträchtliche Zahl Neuerkrankungen ließ die Gesamtzahl erheblich anschwellen. Einige wenige Fälle nahmen schwerere Formen an; doch zeigten die Temperaturkurven keine charakteristischen Bilder. In der ersten Hälfte des Januar 1908 wurde immer mehr der Verdacht rege, daß man wahrscheinlich zwar noch Fälle von Influenza vor sich habe, aber außerdem noch eine andere epidemische Erkrankung, vermutlich Typhus. Die von besonders verdächtigen Fällen an die Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege eingesandten Kotproben, die aber nicht in Großschweidnitz auf Nährböden ausgestrichen worden waren, ließen keine Typhusbazillen feststellen; Blutserumuntersuchungen nach Widal fielen positiv aus. Am 18. Januar 1908 starb eine der am meisten verdächtigen weiblichen Kranken, deren Stuhl zweimal in Dresden untersucht worden war, ohne daß daselbst Typhusbazillen nachgewiesen worden wären; Widal aber war positiv gewesen. Die Sektion ergab ausgebreitete Typhusgeschwüre im Darm. Wir standen offenbar einer ausgebreiteten Typhusepidemie gegenüber, die allerdings von einer Influenzaepidemie durchflochten war. Nach sorgfältiger Prüfung jedes einzelnen Falles in bezug auf seine Zugehörigkeit zu der einen oder anderen Krankheit müssen wir annehmen, daß während der Epidemie 239 Personen innerhalb des Großschweidnitzer Gutsbezirkes typhös erkrankt gewesen sind; möglicherweise ist aber die Zahl der krank Gewesenen noch etwas größer, da bei beträchtlich geistig niedergeführten Pflegebefohlenen die Feststellung der leichteren Typhusfälle mitunter kaum möglich war.

Anwesend waren während der Zeit der Epidemie

206	geisteskranke	Männer
284	„	Frauen
115	Personen	des Pflege- und Wartepersonals
13	„	„ Küchen- und Waschpersonals
45	„	auf dem Staatsgut (inkl. Kinder)
123	„	sonstige Bewohner (Beamte und deren Familien)
zus. 786	Personen;	davon waren krank: 239 = 30,4 % aller Anwesenden.



Von den 206 geisteskranken Männer waren typhös 66 = 32,2%, von den 284 Frauen 125 = 44%; von den 490 Geisteskranken zusammen 191 = 39%.

Nach Verpflegsklassen getrennt ergibt sich folgende nicht uninteressante Zusammenstellung; es erkrankten von den

9	Männern	I. Klasse	0 = 0%,
20	„	II. „	1 = 5%,
177	„	III. „	65 = 37%,
16	Frauen	I. Klasse	2 = 12,5%,
30	„	II. „	3 = 10 %,
238	„	III. „	120 = 52 %.

Demnach von allen Kranken der

I. Klasse	2 = 8%,
II. „	4 = 8%,
III. „	185 = 45%.

Vom gesamten Pflege- und Wartepersonal, das 115 Köpfe (49 männl. und 66 weibl.) betrug, erkrankten 39 = 31,3% und zwar 13 männl. = 27%, 23 weibl. = 35,7%.

Auffallend war, daß von den 23 Pflegern, die verheiratet sind und zu Hause essen, nur ein einziger typhös erkrankte, während von den übrigen 26 Pflegern, die sich in der Anstalt aus der III. Kostklasse beköstigen, zwölf an Typhus erkrankten; ferner, daß von den Pflegerinnen, die in der Anstalt auf ihren Wunsch in der II. Kostklasse essen, keine krank geworden ist, während von den übrigen 58 weiblichen Pflege- und Wartepersonen 25 typhuskrank waren.

In Küche und Waschhaus waren zur Zeit der Epidemie 15 Personen tätig, von denen je eine (die Vorgesetzten) in I. und II. Klasse beköstigt wurden, die übrigen 13 in der III. Klasse; nur von den letzteren erkrankten vier typhös.

Auf dem zur Anstalt gehörigen Staatsgut und dem dazu gehörigen Vorwerke wohnten 24 Erwachsene und 21 Kinder; von den Erwachsenen erkrankten sieben typhös, und von diesen waren fünf aus der III. Klasse der Anstaltsküche verpflegt worden.

Außerdem wohnten noch 123 Personen, darunter 54 Kinder im Gutsbezirke; von diesen ist nur ein lediger Werkstättenbeamter erkrankt, der auch Kost III. Klasse genommen hatte.

Die Typhuserkrankung brach explosionsartig aus, derart, daß in der letzten Woche des Dezember 1907 127 Fälle, in der ersten Januarwoche 1908 aber 55 Neuerkrankungen gezählt wurden, während von da an 10 bis 20 Neuerkrankungen in jeder Woche bis Mitte Februar 1908 festgestellt wurden, dann nur noch einzelne.

Nachdem Typhus als vorliegend angenommen werden mußte, wurde nach der Ursache der Entstehung der Epidemie geforscht. An die Möglichkeit der Einschleppung des Typhus in die Anstalt durch irgendeine Person und seine Verbreitung von Person zu Person war ja bei der „plötzlichen, explosiven“ Massenerkrankung nicht zu denken: 182 Fälle innerhalb von zwei Wochen! Vielmehr mußte man annehmen, daß eine gleichzeitige und gleichartige Infektion bei einer größeren Zahl von Anstaltsbewohnern stattgefunden habe; gleichsam ein Experiment von unheimlichem Umfang. An diese Masseninfektion haben sich dann, wie das unter den hiesigen Verhältnissen zu vermeiden wohl kaum möglich war, noch Erkrankungen durch Übertragung von Person zu Person angeschlossen.

Selbstverständlich wurde sofort an den wichtigsten Träger des Giftes gedacht, das Wasser. Indessen das Wasser der hiesigen Quellwasserleitung wird nicht nur von den Kranken, dem Pflegepersonal, sondern auch von allen Bewohnern des Gutsbezirks, von den Beamten, Bediensteten und deren Familien getrunken; nur die Bewohner des Vorwerkes werden mit anderem Wasser versorgt; außerdem aber sind zwei der Anstalt benachbarte Häuser im angrenzenden Kleinschweidnitz — ein Gasthof sowie das Kinderheim — an die Anstaltswasserleitung angeschlossen. Aber weder in den Beamtenhäusern noch in jenen angeschlossenen Häusern ist während der ganzen Epidemiezeit ein Fall von Typhus zur Beobachtung gekommen. Das Wasser war daher als Träger des Giftes mit Sicherheit auszuschließen.

Aber auch die Milch konnte nicht als solcher in Frage kommen, die von dem zum Gutsbezirk gehörigen Staatsgut bezogen wird, und nicht nur von den Kranken, sondern auch von den Beamten und ihren Familien, ferner von einer beträchtlichen Zahl von Bewohnern der Dörfer Groß- und Kleinschweidnitz genossen wird. Während allerdings die Milch in der Anstalt nur gekocht verabreicht wird, genießen sie eine große Zahl der Käufer in ungekochtem Zustand. Aber kein Mitglied einer Beamtenfamilie noch jemand von den außerhalb der Anstalt wohnenden Personen, die sie roh nahmen, ist typhös erkrankt. Also auch der Milch war hier die Schuld nicht beizumessen, wie dies nachgewiesenermaßen der Fall war bei der kleinen Typhusepidemie in der Brandenburgischen Irrenanstalt zu Neuruppin im Jahre 1907, der leider auch ein Anstaltsarzt zum Opfer fiel.

Die Butter, in der sich ja Typhusbazillen bis zu 21 Tagen keimfähig erhalten sollen, wird für die Anstalt und zwar für alle Kostklassen, aus der

Löbauer Molkerei bezogen, die aber auch zahlreiche sonstige Abnehmer hat; aber Erkundigungen ergaben, daß keiner der sonstigen Butterkonsumenten typhös erkrankt ist.

Salate, Grünwaren gab es um die Zeit des Epidemieausbruches nicht.

Eine Reihe von festgestellten Tatsachen führte uns auf die höchst wahrscheinliche Infektionsquelle. Es mußte nämlich auffallen, daß zunächst nur solche Personen, Kranke wie Pflegepersonen auf den verschiedensten Abteilungen und Häusern sowie Bedienstete erkrankt waren, die in der III. Kostklasse verpflegt werden. Einige Pflegerinnen kaufen Kost II. Klasse, keine von ihnen erkrankte; ebensowenig erkrankten zunächst Kranke der I. und II. Klasse bis auf eine Paranoische, die von Vergiftungsvorstellungen gequält, gegen die ihr vorgesetzte Kost II. Klasse äußerst mißtrauisch ist und deswegen sehr häufig plötzlich ihre Kost II. Klasse mit der von Kranken der III. Klasse vertauscht.

Es fiel ferner auf, daß von den 23 verheirateten Pflegern, die daheim essen, nur einer erkrankte, während von den nach III. Klasse hier verpflegten unverheirateten 26 Pflegern zwölf deutlich erkrankten. Vom Küchen- und Waschpersonale erkrankten nur solche, die III. Klasse gegessen hatten. Auffallend war ferner, daß auf dem Staatsgute die Inspektorfamilie, die für sich selbst kocht, frei blieb, während bei den Gutsbediensteten, die die Kost III. Klasse aus der Anstalt erhalten, ziemlich zahlreiche Erkrankungen vorkamen.

Diese Tatsachen führten uns zu der Annahme, daß eine Kücheninfektion vorliege, zumal auch die Beobachtung, daß beim Ausbruch der Epidemie so ziemlich alle Häuser der Anstalt, in denen Konsumenten der III. Kostklasse wohnen, gleichzeitig betroffen wurden.

Da die Inkubationszeit bei Typhus acht Tage bis drei Wochen beträgt, so wurden die Speisezettel für diese Zeit daraufhin geprüft, ob während der letzten 3 Wochen vor dem Ausbruch der Epidemie Speisen ausgespeist worden seien, die eine massenhafte Verbreitung der Typhusbazillen ermöglicht haben könnten. Herr Geheimrat Prof. Dr. Renk, der uns in dieser ernsten Zeit mit Rat und Tat unterstützte, wies darauf hin, daß bei Epidemien in Kasernen wiederholt schon Kartoffelsalat eine wichtige unheilvolle Rolle gespielt habe. Es ergab sich nun, daß während der fraglichen Zeit an verschiedenen Abenden Speisen verabreicht worden waren, die recht gut Typhusbazillen hätten tragen können, wie Wurst, Käse usw., die aber auch aus gleicher Quelle von Nichtanstaltsbewohnern bezogen und gegessen worden waren, ohne irgendwelche bekannt gewordenen Folgen. Am 17. Dezember 1907 abends aber ist hier Kartoffelsalat mit Hering — ein beliebtes Abendessen — ausgespeist worden. Es ist nun mit allergrößter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß dieser Kartoffelsalat der Träger des Giftes gewesen ist. Einmal sind zunächst nur solche Personen erkrankt, die als Kostgänger III. Klasse von dem Kartoffelsalat gegessen hatten; dann ist jene paranoische Kranke, die, obwohl in II. Klasse verpflegt, doch plötzlich mit einer Kranken III. Klasse das Abendbrot getauscht und zugestandenermaßen Kartoffelsalat gegessen hatte, als einzige Kranke II. Klasse beim Ausbruch der Epidemie sogleich typhös erkrankt. Ferner ist eine Kranke III. Klasse, die als vom Anfall genesen am 18. Dezember 1907 aus der hiesigen Anstalt nach Bautzen entlassen worden war, die aber am Abend des 17. Dezember noch mit Genuß den fraglichen Kartoffelsalat verzehrt hatte, etwa zwei Wochen nach der Entlassung in Bautzen an Typhus erkrankt, wie uns gelegentlich von dort gemeldet worden ist.

Wenn nun gleich bei der ersten Massenerkrankung auch ein verheirateter Pfleger mit erkrankte, der nicht in der Anstalt beköstigt wurde, sondern daheim seine Kost nimmt, so könnte diese Beobachtung Bedenken erregen gegen die Infektion durch den Kartoffelsalat. Indessen es ist zu berücksichtigen, daß er am 17. Dezember abends zur Zeit der Ausspeisung bei Kranken III. Klasse Dienst tat. Daß er etwa unberechtigterweise doch von dem Kartoffelsalat gegessen hätte, konnte nicht festgestellt werden; doch erscheint es nicht ausgeschlossen, daß er beim Bedienen namentlich der bettlägerigen Kranken mit seinen Fingern mit dem Kartoffelsalat in Berührung gekommen ist und diese dann vielleicht an den Mund gebracht hat.

Dieser verdächtige Kartoffelsalat ist derart zubereitet worden, daß die dazu nötigen Kartoffeln bereits am 16. Dezember Vormittag gekocht, dann im Laufe des Tages geschält und in die üblichen Scheibchen zerschnitten worden sind; den Rest des Tages, die folgende Nacht und den nächsten Vormittag sind sie in hölzernen Wannen aufbewahrt und erst am Mittag des 17. Dezembers sind sie zum Salat fertiggestellt worden.

An diesen Arbeiten zur Fertigstellung des Kartoffelsalats haben sich eine Küchenprobedienst tuende Pflegerin, die am 16. November 1907 von Hubertusburg hierher abgeordnet worden war, ferner eine hiesige Pflegerin, mehrere geisteskranke Frauen und einige Küchenmädchen beteiligt.



Nach dem alten Satz: kein Typhus kann spontan entstehen, er knüpft immer an vorausgegangene Fälle an, war nun nach der Person zu suchen, die hier Typhusbazillen ausgesäet hat. Zunächst wurde an die erwähnte Probedienst tuende Pflegerin aus Hubertusburg gedacht, um deswillen, weil in Hubertusburg und dem ihm benachbarten Wermsdorf hin und wieder Fälle von Unterleibstyphus vorkommen. Indessen zu der Zeit, als man hier diese Frage aufwarf, war diese Pflegerin hier deutlich typhös erkrankt; aber sie dürfte sich wohl erst hier, vielleicht beim Kosten, infiziert haben. Sie konnte weiterhin weder als Bazillenträgerin noch als Dauerausscheiderin angesehen werden; Kotuntersuchungen sowohl wie Widal fielen weiterhin bei ihr negativ aus. Daß unter den damals in der Zuputze beschäftigten geisteskranken Frauen Bazillenträgerinnen sich befunden haben, ist zwar nicht völlig auszuschließen, zumal neuerdings bekannt geworden ist, daß gerade unter den Insassen der Irrenanstalten 1% Bazillenträger bez. Dauerausscheider zu finden sein sollen (wohl, weil hier die Untersuchungen verhältnismäßig leicht anzustellen sind). Jedenfalls aber haben wir nachträglich unter den Zuputzfrauen keine Bazillenträgerinnen mehr feststellen können.

So blieben noch die Küchenmädchen übrig; diese stammen zum Teil aus den benachbarten Dörfern, in denen, wie uns nun nachträglich erst genauer bekannt geworden ist, gar nicht so selten Typhusfälle vorkommen sollen, die ihrer oft leichten Form wegen bisher zumeist nicht als solche diagnostiziert und daher auch nicht zur vorgeschriebenen Anzeige gekommen waren. Die Vorarbeiten für den Kartoffelsalat wurden im Laufe eines Montags ausgeführt; am Sonntag vorher, ebenso 8 Tage vorher aber sind mehrere Küchenmädchen auf Urlaub gewesen. Ob auf diesem Wege Typhusbazillen eingeschleppt und auf den Kartoffelsalat ausgesät worden sind, wird nie mehr sicher nachzuweisen sein, aber so ganz unwahrscheinlich dürfte die Annahme denn doch nicht sein.

Nicht uninteressant dürfte eine Beobachtung sein, die 1905 auf einer Versammlung des psychiatrischen Vereines der Rheinprovinz von Dr. Landerer, dem Direktor der Andernacher Provinzialirrenanstalt, mitgeteilt wurde. Wiederholt war in der Andernacher Anstalt Typhus, teils in kleinen Epidemien, teils in Einzelfällen beobachtet worden. Die Nachforschungen wiesen immer darauf hin, die Ursache der Infektion in der Küche zu suchen, doch gelang es früher nie, die eigentliche Ursache nachzuweisen. Nachdem im Mai 1905 wieder eine kleine Typhusepidemie aufgetreten war, kam es im August desselben Jahres zu einer größeren, bei der 34 Personen befallen wurden. Als sich der Verdacht wieder auf die Küche lenkte, wurden alle in der Küche beschäftigten Personen auf Typhusbazillen von einem Bakteriologen untersucht. Dabei fand sich, daß eine seit Jahren in der Küche beschäftigte ältere Person eine Bazillenträgerin war. Sie fühlte sich subjektiv völlig gesund; auch objektiv war nichts Krankhaftes an ihr nachweisbar, aber sie hatte beständig im Stuhle Typhusbazillen, fast in Reinkultur. Sie wurde isoliert und weiter beobachtet; sie ist andauernd gesund geblieben; der Bazillenbefund blieb aber immer der gleiche. Bei dieser Gelegenheit berichtete der Bakteriologe Friedel, daß er Bazillenträger kenne, die vor vierzig Jahren Typhus überstanden haben; von 15 ihm bekannten Typhusbazillen-Trägern hätten acht keine Infektion in ihrer Umgebung verursacht, vermutlich weil die Umgebung verseucht war; bei den anderen habe eine ganze Reihe von Infektionen stattgefunden. Besonders interessant war für uns eine Bemerkung dieses Berichterstatters, daß in Andernach die betreffende Bazillenträgerin hauptsächlich mit der Zubereitung der in der III. Klasse abends gereichten kalten Kost beschäftigt war, und gerade in der III. Klasse kam die Mehrzahl der Erkrankungen vor. Mit größter Wahrscheinlichkeit sei ein am 24. August 1905 gereichter Kartoffelsalat (Ausbruch der Epidemie Ende August 1905!) die Quelle der ganzen Epidemie!

Gewiß, die Diagnose Typhus ist nicht schwer, schreibt Curschmann, wenn man von Anfang an „regulär" verlaufende Fälle längere Zeit hindurch beobachten kann; weit schwieriger aber liegt der Fall, wenn man sich nach kurzer Beobachtung entscheiden soll oder doch gern möchte, wenn man der abgekürzt oder ganz unregelmäßig verlaufenden Krankheit gegenübersteht, wenn der Fieberverlauf nicht typisch, wenn Milzschwellung und Roseolen fehlen oder doch nicht zur Beobachtung kommen, wenn die Stühle nichts Charakteristisches darbieten. Und dies alles war der Fall in der ersten Zeit der Epidemie in Großschweidnitz, während erst im weiteren Verlauf das Krankheitsbild meist deutlicher, erkennbarer hervortrat. Verleitet durch die erst Anfang Dezember 1907 abgelaufene Influenzaepidemie war von allen Ärzten der Anstalt zunächst an Influenza gedacht, zumal wir früher den wechselnden Charakter der einzelnen Influenzaepidemien beobachtet hatten; so hatte ich in der Praxis 1889/90 vorwiegend die katarrhalische Form, 1891 mehr die gastrisch-nervöse Form gesehen. Die letztere glaubte man hier vor sich zu haben. Allerdings fiel auf, daß der initiale Schnupfen



mit folgender Bronchitis, wie er nur selten bei Influenza fehlt, nur in ganz wenig Fällen hier zu beobachten war. Es fiel ferner auf die außerordentlich große gleichzeitige Zahl der Erkrankungen, ferner, daß die Erkrankungen vorwiegend auf den Gutsbezirk beschränkt waren; nur einzelne Fälle von Influenza wurden uns aus der Umgebung der Anstalt bekannt, während sich erst im Laufe des Januar 1908 in der benachbarten Stadt Löbau und Umgebung eine umfangreiche Influenzaepidemie feststellen ließ. Auf Grund differentialdiagnostischer Erwägungen kam man per exclusionem zur Diagnose Typhus, die gesichert wurde durch das positive Resultat der Blutserumuntersuchungen nach Widal, die zunächst im Laboratorium der Dresdener Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege ausgeführt wurden. In der allerersten Zeit der Epidemie, wo es uns selbstverständlich besonders wichtig war, die Diagnose zu sichern, wurden in den Kotproben keine Typhusbazillen gefunden. Aber gerade in der wichtigsten Zeit, in der ersten Woche, verläßt uns bekanntlich häufig auch der Widal.

Indessen auch der Nachweis der Typhusbazillen im Organismus sichert uns im einzelnen Fall doch nicht unbedingt die Diagnose Typhus nach neuesten Beobachtungen, deren uns z. B. Busse-Posen*) recht interessante mitteilt; er sagt dort: In der Tat ist in einer großen Zahl von Fällen die vorher schwankende Diagnose durch Züchtung von Typhusbazillen aus dem in Galle aufgefangenen Blute klargestellt worden, und diese Methode muß absolut sicher zu einer eindeutigen Diagnose führen, — wenn die Typhusbazillen nur bei Typhuskranken im Blute vorkommen; diese Methode verliert aber ganz erheblich an Bedeutung, wenn sich bei Patienten mit anderen Infektionskrankheiten echte Typhusbazillen im Blute finden; er führt dann Fälle an, daß Kranke, die typhusverdächtig waren, die Milzvergrößerung, Darmerscheinungen usw. zeigten, bei denen Typhusbazillen nachgewiesen wurden, sich bei den Sektionen doch als nicht typhuskrank erwiesen. Besonders interessant war dabei, daß bei diesen Fällen Widal negativ ausgefallen war. Über ähnliche Beobachtungen berichten Krehl und Jürgensen*); letzterer spricht sich u. a. auch dahin aus: „Eines kann schon jetzt als feststehende Tatsache betrachtet werden, daß mit der Anwesenheit von Typhusbazillen im Darm nichts Sicheres über das Bestehen eines typhösen Krankheitsprozesses ausgesagt ist." Und im physiologischen Verein zu Kiel berichtete Fischer (2. Dezember 1907), daß Typhus- und Paratyphusbazillen nebeneinander zweimal im Stuhle eines Arztes nachgewiesen worden seien, der auf seiner Krankenabteilung mit Typhus- und Paratyphuskranken in Berührung gekommen war, ohne übrigens selbst zu erkranken. Busse aber geht sogar so weit zu behaupten, daß man damit rechnen müsse, daß bei bestehendem Verdachte der Nachweis von Typhusbazillen im Blute keine sichere Gewähr dafür bietet, daß tatsächlich ein Fall von Typhus abdom. vorliegt.

*) Münchener Medizinische Wochenschrift, 26. Mai 1908.

*) Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1907.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie,** abgehalten am 23. und 24. April in Cöln und Bonn. (Fortsetzung.)

Hübner-Bonn: Zur Lehre von den syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Vortr. hat in etwa 100 Fällen die Wassermannsche Reaktion geprüft. Er fand unter seinen Kontrollfällen nur fünf positiv Reagierende, welche Lues nicht zugaben. Von diesen waren vier bei genauerer Durchforschung der Anamnese einer früheren Infektion dringend verdächtig. Von neun Epileptikern reagierte keiner positiv. Bei progressiver Paralyse wurde in 93% der Fälle im Blute eine positive Reaktion gefunden. Mitunter wurden erst negative Ergebnisse erzielt und erst später bei der dritten oder vierten Untersuchung positive. Für die Fälle mit negativem Ausfall wird man die Lues nicht ohne weiteres ausschließen dürfen, denn die Technik ist z. Z. noch so schwer, daß man damit allein schon die negativen 7—10% erklären kann. Es müßte auch festgestellt werden, ob das Paralytikerblut desselben Falles zu allen Zeiten positiv reagieren muß.

Was die Frage der Lues nervosa anlangt, so schließt sich H. dem ersten der Herren Referenten an. Sobald man eine Disposition des erkrankten Individuums zur Tabes oder Paralyse zugibt, braucht man der Syphilis keine besondere Affinität zum Nervensystem mehr beizulegen. Was die syphilitischen Ehepaare anlangt, so wird in Zukunft erst einmal serologisch zu prüfen sein, wie oft sich bei Mann und Frau die Lues nachweisen läßt. Vortr. hat sieben Ehepaare untersucht. Der nervenkranke Gatte reagierte in allen Fällen positiv, von den sieben Partnern gaben vier eine positive, drei eine negative



Reaktion. Metaluetische Erscheinungen waren nur bei einer von den vier Frauen mit positiver Reaktion nachzuweisen.

Ob die Lehre von der „Umstimmung der Gewebe“ für die Paralyse-Syphilisforschung einmal Bedeutung gewinnen wird, erscheint dem Vortragenden fraglich. Bevor man sie fruchtbringend wird verwerten können, dürften die neuesten serologischen Forschungen auf dem Gebiete der Kindernervenkrankheiten erst einmal zu berücksichtigen sein. H. fand bei vierzehn hereditär luetischen Kindern elfmal eine positive Reaktion. Klinisch lagen die verschiedensten Diagnosen vor: Neurasthenie, Hysterie, juvenile Paralyse, Epilepsie. Bei zweien waren überhaupt keine Krankheitserscheinungen nachzuweisen.

Will man diese Fälle unter dem Gesichtspunkte der „Umstimmung der Gewebe“ betrachten, so ergeben sich große Schwierigkeiten.

Diskussion zu vorstehenden drei Vorträgen:

Eichelberg-Göttingen hat die Wassermannsche Reaktion bei Paralyse fast in allen Fällen gefunden, aber auch bei Lepra, Scharlach, Malaria, Epilepsie und Diabetes. E. glaubt deshalb, daß es sich bei der Wassermannschen Reaktion um eine Lipoidreaktion handelt. Daß die Wassermannsche Probe darauf hindeute, daß Paralytiker noch Spirochätenträger sind, ist dem Redner gleichfalls zweifelhaft.

Kraepelin-München: Von Wichtigkeit ist auch die Erforschung der Geschichte der Paralyse. Zur Erklärung der örtlichen Unterschiede in der Ausbreitung der Paralyse könnte der Alkoholmißbrauch mit herangezogen werden. Es wäre vielleicht auch daran zu denken, daß ebenso wie alternde Menschen auch alternde Völker der Paralyse leichter verfallen.

Selter-Bonn: Wenn nicht alle Paralytiker eine positive Reaktion geben, so liegt das zweifellos an den Schwierigkeiten der Methode, deren Einzelheiten uns noch völlig unbekannt sind.

M. Edel-Charlottenburg fand bei allen seinen Paralytikern, z. T. erst nach mehrmaliger Untersuchung, positive Wassermannsche Reaktion. In der Lumbalflüssigkeit waren die Ergebnisse weniger konstant.

Cramer-Göttingen betont die Wichtigkeit der exogenen Momente bei der Paralyse. Speziell bei Unfallbegutachtungen könnten diese für die Beurteilung des Falles ausschlaggebend sein.

Friedländer-Hohe-Mark macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, welche die experimentelle Syphilisforschung zu überwinden hat.

Alt-Uchtspringe hat in seiner Anstalt mit einem im Ehrlichschen Institut pharmakologisch geprüften Arsenpräparat Versuche angestellt. Er fand dabei z. B., daß bei Paralytikern, die ursprünglich eine positive Wassermannsche Reaktion gegeben hatten, später — nach Behandlung mit dem erwähnten Präparat — die Reaktion negativ ausfiel.

F. Sioli-Bonn spricht zu Punkt 2 der Fischerschen Thesen. Er hält die Annahme nicht für genügend begründet, daß neben der Entzündung noch eine primäre Degeneration des Parenchyms das Wesen des paralytischen Krankheitsprozesses ausmacht. Seiner Ansicht nach sind die parenchymatösen Schädigungen sekundärer Natur. (Fortsetzung folgt).

Personalnachrichten.

— **Tapiau.** Anstaltsarzt Dr. Bogusat ist auf Lebenszeit angestellt. Dr. v. Seydlitz, Anstaltsarzt in Allenberg, ist vom 1. Juni d. Js. ab in gleicher Eigenschaft an die hiesige Landespflegeanstalt versetzt.

— **Wuhlgarten.** Assistenzarzt Lorenz ist seit dem 1. April d. Js. aus dem Anstaltsdienst ausgeschieden.

Einladung zur Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater
in München am 1. und 2. Juni 1909.

Tagesordnung.

I. Geschäftliches: Einlauf. Rechnungsablage. Berichte der Kommissionen. Wahlen.

II. Referat: Syphilitische Geistesstörungen. Referenten: Afzheimer und Plaut-München.

III. Vorträge: 1. Reichardt-Würzburg: Über Todesursachen bei Geisteskrankheiten. 2. Kleist Erlangen: Über psychomotor. Erregungszustände. 3. Müller Chr.-München: Die verschiedenen Arten und die Entstehung des Tremors. 4. Specht-Erlangen: Über Pseudoalkoholismus. 5. Kräpelin-München: Klinische Demonstration. 6. Merzbacher-Tübingen: Die Beziehungen der Glia zu den Tumoren des Zentralnervensystems. 7. Wittermann-München: Beiträge zur Lehre von den Psychosen bei Infektionskrankheiten. 8. Rein-Landsberg (Brandenburg): Lese- und Schreibstörungen bei Aphasie. 9. v. Hößlin-Eglfing: Beiträge zum Verlauf und Ausgang des manisch-depressiven Irreseins. 10. Specht-München: Zur Psychologie hysterischer Ausfallserscheinungen. 11. Vocke-Eglfing: Bemerkungen und Vorschläge zur psychiatr. Reichsstatistik.

Am Vorabend Zusammenkunft ab 8 Uhr im Hotel Stachus, Karlsplatz. Am ersten Tage Sitzungen in der psychiatrischen Klinik 9—$^1/_2$1 Uhr und $^1/_2$2—4 Uhr, um 5 Uhr Essen im Parkhotel, Maximilianplatz. Am zweiten Tage Sitzung von 9—12 Uhr, dann Ausflug nach Feldafing.

München, 17. Mai 1909.

Kräpelin. Alzheimer. Vocke.

☛ Leiter und Besitzer von Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke, Epileptische, Idioten, Trunksüchtige, Morphinisten, und für Neurosen und Neuropsychosen werden gebeten, Wünsche betr. Aenderungen oder Neueintragungen im Verzeichnis dieser Anstalten im Beiheft zum **Reichs-Medizinal-Kalender** (begründet von P. Börner, herausgegeben von Prof. Schwalbe) für 1910 **bis spätestens 1. Juni** dem Unterzeichneten mitzuteilen. Dr. Bresler, Lublinitz, Schlesien.

Dieser Nummer liegen Prospekte von

E. Merk, Chemische Fabrik, und Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., betr. Veronal,

und

Kosmos, Gesellschaft der Naturfreunde in Stuttgart, betr. Philosophie und Naturwissenschaft von Dr. J. W. Camerer,

bei, die wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.



Therapeutische Beilage.

Über Syrupus Colae compositus „Hell“.

Von Dr. *J. Bresler.*

Bei Verordnung des obengenannten, sehr beliebten und verbreiteten Präparats nahm ich Anlaß, die Pharmakologie seiner Bestandteile an der Hand der zugänglichen Literatur zu studieren, da die bisherigen Veröffentlichungen über das Präparat darauf nicht näher eingehen und diese Dinge anscheinend mehr weniger als dem Gedächtnis des Einzelnen stets gegenwärtig oder als allbekannt voraussetzen. Daß letzteres nicht zutrifft, bedarf wohl keiner besonderen Betonung, und darum wird vielleicht manchem die nachfolgende Übersicht nicht unnütz scheinen.

Die Komposition des Syrupus Colae compositus „Hell“ stammt von Dr. Flesch[1]) in Wien; er hat auch die ersten Versuche damit angestellt und veröffentlicht. Das Präparat hat folgende Zusammensetzung:

Rp.:	Chinini ferrocitrici	2,5
	Strychnini nitrici	0,075
	Extract. Colae fluidi	25,0
	Natrii glycerinophosphorici	25,0
	Solve leni calore in Syr. Aurantiorum	200,0

DS. dreimal täglich einen Kaffeelöffel nach der Mahlzeit.

Sinn und Zweck dieser Zusammenstellung liegt klar zutage; für den Nutzen spricht hinreichend die weite Verbreitung des Präparats. Die nachstehende Pharmakologie zielt speziell auf die wissenschaftliche Grundlegung hin.

Phosphor. — Wie Geppert bemerkt[2]), hat die therapeutische Anwendung des Phosphors zwei ganz verschiedene Perioden durchgemacht, eine ältere, in der er namentlich als Stimulans und auf das nervöse System wirkendes Mittel gegeben wurde, und eine moderne, in der es bei Rhachitis verwendet wird. In erster Beziehung wurde es namentlich von französischen und englischen Autoren zur Hebung der verschiedensten nervösen Funktionen empfohlen, zur Erregung der Herztätigkeit, Verbesserung der Gesichtsfarbe, Aufheiterung der Stimmung, Steigerung des Geschlechtstriebes, bei Neuralgien aller Art, Angina pektoris, und zwar in ziemlich großen Dosen (Thompson 3 mg pro dosi mehrmals täglich, Strumpf (1853) 2—3 mg als Einzeldosis, 7 mg als Maximaldosis).

Gegen verschiedene Nervenleiden wurde Phosphor von W. H. Broadbent[3]) in London mit Erfolg angewandt.

Crocq und Francotte[4]) haben mit Injektionen von phosphorsaurem Natron (1—2 g mit 50 Aq. Laurocer.) dieselben Wirkungen erzielt wie mit Hodensaft und Nervensubstanz, in welchen nach Crocq Phosphor der wirksamste Bestandteil sein soll.

H. J. Vetlesen[5]) empfiehlt bei Morbus Basedowii und bei Neurasthenie phosphorsaures Natron in wässriger Lösung 15 : 250, viermal täglich einen Eßlöffel.

[1]) Ein neues Kolapräparat zur Behandlung funktioneller Nervenerkrankungen. Wiener klin. Rundschau, 1900, Nr. 43.

[2]) In Eulenburgs Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde. XIX. Bd., 1898, S. 44.

[3]) Clinical illustrations of the value of Phosphorus etc. The Practitioner, 1873, Bd. 10, 1875, Bd. 14. Zitiert bei Binz, S. 514.

[4]) Annales de la Société méd.-chirurg. de Liège. 1893. Ref. bei Stintzing in Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. 2. Aufl. Bd. V, S. 343.

[5]) Norsk Magazin for Lägevidenskaben, 1907, Nr. 4. Ref. in Münch. med. Wochenschr., 1907, S. 1604.

Ebenso empfiehlt Freund (Danzig)[1]) Phosphor bei Neurasthenie.

Bei Rachitis gilt der Phosphor seit Kassowitz' Untersuchungen über Rachitis als spezifisches Heilmittel. Bemerkenswert ist, daß bei der Phosphorbehandlung der Rachitis die nervösen Symptome am raschesten und sichersten schwinden, und zwar zuerst die allgemeinen Konvulsionen, dann die Schlaflosigkeit, dann die respiratorischen Krämpfe und die spontanen Tetaniefälle.[2]) Die Anfälle von Laryngospasmus lassen oft schon nach wenigen Tagen nach. Selbst Gegner der Kassowitzschen Rachitisbehandlung mit Phosphor mußten diese Wirkungen auf das Nervensystem zugeben. Die Wirkung auf das Knochensystem tritt gewöhnlich viel später ein als diejenige auf die nervösen Symptome. Dieser Umstand gibt Anlaß zu eingehenderen Erwägungen über das Verhältnis der nervösen Symptome zur Rachitis. Die Rachitis auf Störungen des Zentralnervensystems zurückzuführen, wie es Pommer[3]) getan hat, ist offenbar zu weit gegangen und nicht richtig. Die Kalk- und Milchsäuretheorie ist ebenfalls verlassen worden; sie haben sich beim physiologischen Experiment wie in der auf sie aufgebauten Behandlung nicht als stichhaltig erwiesen. Verdauungsstörungen können an der Entstehung der Rachitis nicht schuld sein, weil sie oft genug auch bei Kindern mit normaler Verdauung auftritt. Auch die Annahme von respiratorischen Noxen, der Aufenthalt in Räumen mit verdorbener Luft — die Rachitis gilt als Armeleutekrankheit — ist widerlegt; denn auch bei Kindern der wohlhabenden Bevölkerungsschichten kommt Rachitis vor. Ebensowenig hat sich die Vermutung einer Infektion als Ursache bei Rachitis bestätigt. Am meisten Wahrscheinlichkeit hat für sich die Theorie Stöltzners, welcher in der Funktionsstörung eines Organs mit innerer Sekretion die Ursache der Rachitis sieht. Stöltzner hat dabei mit Recht den Vergleich mit dem Kretinismus und dem Myxödem aufgestellt; auch hier finden Veränderungen des Skeletts statt. Entsprechend gerichtete therapeutische Versuche haben jedoch bisher keinen derartigen Erfolg gehabt, daß diese Theorie eine Bestätigung fände.

Nicht minder auffallend ist nun diese Analogie mit dem Kretinismus auch bezüglich der Beteiligung des Nervensystems bei der Rachitis. Man ist noch im Zweifel darüber, ob man die Prodromalsymptome der Rachitis: nervöse Reizbarkeit, Kopfschweiße, Schlaflosigkeit als solche oder als Begleiterscheinungen der Rachitis auffassen soll. Jedenfalls sind die Skelettveränderungen nicht die ersten Symptome der Erkrankung, wenn sie auch später am meisten in die Augen springen; sie machen jedenfalls nicht das Wesen der Erkrankung aus. Namentlich aber wenn man die Symptome nach ihrer Gefahr für das Leben bewertet und rangiert, verlieren die Skelettveränderungen hinter den nervösen Störungen sehr an Bedeutung. Und diese das Leben bedrohenden nervösen Symptome: Laryngospasmus, Tetanie, Krämpfe

[1]) Medizin. Klinik, 1907, Nr. 3.

[2]) Behandlung der Rachitis mit Phosphor. Von Prof. Hagenbach-Burckhardt (Basel). Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, Bd. VI, S. 583.

[3]) Untersuchungen über Osteomalazie und Rachitis. Leipzig, 1885.



sind anerkanntermaßen direkte Folgen der Rachitis. Am Stimmritzenkrampf — und meist ist er ein Symptom von Rachitis — sterben nicht wenige rachitische Kinder.

Kassowitz[1]) zählt die nervösen Symptome der Rachitis nach ihrer Häufigkeit wie folgt auf: a) Schlaflosigkeit, Kopfschweiße, Zusammenschrecken bei Gesichts- und Gehörseindrücken, b) Fazialisphänomen, b) inspiratorischer und exspiratorischer Stimmritzenkrampf, d) allgemeine Konvulsionen, e) Hyperidrosis universalis, f) Trousseausches Phänomen, g) spontane Tetaniefälle, h) Spasmus nutans.

Wenn man nun erwägt, daß der Erfolg der Phosphorbehandlung bei Rachitis an den nervösen Erscheinungen und besonders an dem Stimmritzenkrampf und der Tetanie oft schon nach 2—3 Tagen vorhanden ist, an den rachitisch veränderten Knochen aber erst nach Wochen, so muß es als selbstverständlich erachtet werden, daß der Phosphor nicht auf dem Umwege über das Knochensystem, sondern direkt das Nervensystem als Heilmittel beeinflußt. Zappert meint zwar, daß daraus keinerlei Schlüsse zugunsten eines Zusammenhangs zwischen Rachitis und Laryngospasmus gezogen werden dürfen; er betrachtet den Stimmritzenkrampf und die Tetanie bei Rachitis nicht als Symptom der letzteren, sondern als mit ihr häufig koinzidierende Erscheinungen. Aber es bedarf nur wiederum des Hinweises auf die myxödematösen Erkrankungen, um den inneren Zusammenhang der beiden nebeneinander hergehenden Symptomengruppen des Nerven- und des Knochensystems und ihr Verbundensein durch eine gemeinsame Ursache als gerechtfertigte Annahme zur Geltung zu bringen. Jedenfalls kann man die eklatante Wirkung des Phosphors auf das Nervensystem bei Rachitis nicht als Beweis dafür anführen, daß die nervösen Störungen von den Skelettveränderungen in ätiologischer Hinsicht essentiell verschieden sind. Für uns wäre aber auch eine solche Annahme wichtig: sie ist nur ein neuer Beweis für den therapeutischen Wert des Phosphors für das erkrankte Nervensystem.

Hochsinger[2]) geht noch weiter als Kassowitz. Bei der Darstellung der „Übererregbarkeitskrämpfe[3]) des Kindesalters“ sagt er, daß „die Rachitis das Bindeglied für alle auf allgemeiner Übererregbarkeit der Nervensphäre beruhenden Krampfformen abgibt, indem er der alimentären Theorie der Übererregbarkeitskrämpfe auf Grund seiner tausendfältigen klinischen Erfahrung mit der erfolgreichen Phosphorbehandlung die Berechtigung abspricht. „Es gibt keine Übererregbarkeitskrämpfe der Kinder ohne Rachitis.“ Es bleibt nach Hochsinger nur mehr die Frage zu entscheiden, ob die Rachitis als solche die Übererregbarkeit dieser Kinder nach sich zieht (Kassowitz), oder ob die gleichen Schädlichkeiten, welche die Rachitis hervorrufen, auch zur Entstehung der generellen Übererregbarkeit Anlaß geben. Die eigentliche Grundlage für die nervösen Störungen der Rachitiker ist ein Übererregbarkeitszustand, in welchem sich die ganze Hirnrinde befindet. Das will viel besagen, wenn wir uns vergegenwärtigen, daß als Ursache von Idiotie und Imbezillität die Rachitis hinsichtlich der Häufigkeit an zweiter Stelle steht.[4])

1) Bei Zappert, Rachitis, in Die deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts. Bd. VII, S. 454.

2) In Die deutsche Klinik am Eingang des XX. Jahrhunderts. Bd. VII, S. 540.

3) Denen er die sogen. Eklampsie der Kinder subsumiert.

4) Krayatsch, Zur Pflege und Erziehung jugendlicher Idioten und Schwachsinniger. Psychiat.-Neurol. Wochenschr., Bd. IV, S. 492.

Nach Hochsinger leistet gerade bei den Übererregbarkeitskrämpfen die Phosphorbehandlung „ganz Hervorragendes“. Bei den lebensgefährlichen Glottiskrämpfen „entfaltet der Phosphor sehr häufig eine geradezu zauberhafte Wirkung“.

In der neuzeitlichen Psychiatrie führt besonders Ziehen[1]) den Phosphor öfter als zweckmäßiges Adjuvans bei Psychosen an, so bei melancholischer Verstimmung, bei Stupidität, bei Amentia. Bei Melancholie hat ihn auch Mendel empfohlen.

Bezüglich des Phosphor-Umsatzes beim Menschen möchte ich auf die Ergebnisse einer Studie von Gumpert[2]) näher eingehen. Schon Röhmann und seine Schüler haben in zahlreichen Tierexperimenten festgestellt, daß organisch gebundener Phosphor zum Zellaufbau und zum Zellstoffwechsel unbedingt nötig ist und durch anorganische Phosphate nicht ersetzt werden kann, da sonst der Organismus Zellteile abbauen und verbrennen muß. Nach Ehrströms Selbstversuchen und den Experimenten anderer bedingt eine Vermehrung der Phosphorzufuhr nicht auch eine Vermehrung der Phosphorausscheidung, sondern je mehr man zuführt, desto mehr wird aufgestapelt wie beim Fett. Phosphor ist nicht allein ein „Aschebestandteil“ und nicht nur in den Phosphaten enthalten, die aufgelöst in den Flüssigkeiten des Körpers vorkommen, und in den Phosphaten, welche, locker an die organische Substanz gebunden, das Skelett aufbauen, sondern auch im Lezithin und in Eiweißsubstanzen des Körpers fest in den organischen Komplex eingesprengt. Gumperts Untersuchungen erstrecken sich auf die im Sanatogen an Milcheiweiß angegliederte Glyzerinphosphorsäure, die, ein Spaltungsprodukt des Lezithins, im Syrupus Colae compositus „Hell“ als glyzerinphosphorsaures Natron vorhanden ist; besonders suchte er nachzuforschen, was mit dem Plus an organischem Phosphor bei Stickstoff-Gleichgewicht geschieht. Er bestätigte zunächst, daß Stickstoff- und Phosphor-Stoffwechsel nicht parallel zu verlaufen brauchen, und fand, daß die Resorption des Phosphors der Nahrung eine um so bessere ist, je höher und je größer der organische Teil des Phosphors ist. Entsprechend der Mehraufnahme von Phosphor fand er die Gesamtphosphorsäure-Ausscheidung im Harn erhöht. Auch die Versuche von Cronheim und Müller[3]) an Säuglingen sprechen für die Wichtigkeit des organischen Phosphors für das Wachstum der stickstoffhaltigen Gewebe; die Assimilation des Nahrungsstickstoffs und die Resorption im Darm ist eine bessere. Bei Überernährung mit glyzerinphosphorsaurem Kaseinnatrium fand Gumpert, daß 100 % des Phosphors resorbiert wurden und 30 % des mehrgereichten Phosphors zum Ansatz kamen, und daß die Oxydationsenergie selbst der physiologischen, normal arbeitenden Zelle erhöht wurde.

Von weiteren Untersuchungen über den Phosphorstoffwechsel führe ich die von Neumann[4]) an. Es ist nach ihm noch unentschieden, ob der Phosphor in anorganischer oder organischer Verbindung sich am Aufbau der Zelle beteiligt. Die Natur benutzt z. B. in den Kalkphosphaten der

1) Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. II. Auflage, Bd. VI.

2) Beitrag zur Kenntnis des Stickstoff-, Phosphor-, Kalk- und Magnesia-Umsatzes beim Menschen. Von Dr. F. Gumpert (Berlin). Erweiterter Sonderabdruck aus der Medizinischen Klinik, 1905, Nr. 41.

3) Versuche über den Stoff- und Kraftwechsel des Säuglings mit besonderer Berücksichtigung des organisch gebundenen Phosphors. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie, 1902, Bd. VI. Zitiert bei Gumpert.

4) Neumann, Münch. med. Wochenschr., 1906, S. 1558



Kuhmilch auch anorganische Phosphorverbindungen für die Ernährung des Organismus in weitaus größerem Umfange, aber die organischen, wie Nukleinsäuren, Lezithin etc. 70—80 % des Phosphorgehalts der Hauptnahrungsmittel sind organisch gebunden. Bei genügender Nahrung und vorherigem Phosphorgleichgewicht fand Tigerstedt[1]) Retention von Phosphor, jedoch nur bei gemischter Kost, bei vegetabilischer trat Phosphorverlust im Kot auf; der Phosphor der animalischen Kost wird also vermutlich besser ausgenutzt. L. F. Meyer fand Steigerung des Phosphorgehalts im Organismus bei gesteigerter phosphorhaltiger Kost, Büchmann fand dasselbe bei Lezithingaben. Dem Lezithin muß als Beförderungsmittel des Ansatzes phosphorhaltigen Gewebes eine bedeutende Rolle zugeschrieben werden; eine Begünstigung des Stickstoffansatzes konnte aber nicht nachgewiesen werden.[2]) Gumpert zeigte, daß bei Einnahme von Glyzerinphosphorsäure erhebliche Mengen Phosphor im Organismus zurückgehalten wurden. Vom Eiweiß scheint sich der Phosphor dadurch zu unterscheiden, daß bei vermehrter Zufuhr nicht gesteigerter Zerfall, sondern Retention stattfindet. Daher wurde auch meist kein Parallelismus zwischen Eiweiß- und Phosphorwechsel beobachtet, sondern bei Phosphoransatz Stickstoffverlust und bei Phosphorverlust Stickstoffansatz.

Strychnin. — Über die physiologische Wirkung des Strychnins wissen wir folgendes[3]): Nach der Dosis von 0,001—0,003 Strychnin, selbst in einer Verdünnung von 1 : 60 000 Wasser, nimmt man nur einen intensiv bitteren Geschmack wahr. Wiederholte Verabreichung solcher kleiner Gaben (mehrmals täglich) steigert den Appetit, die Absonderung des Speichels und der übrigen Verdauungssäfte und die Magenverdauung, die Urinabsonderung und die Schweißsekretion. Im Magen wird ein Wärmegefühl verspürt. Bei sonst gesunden Personen kommt zuweilen schon nach diesen kleinen Gaben eine Zunahme der Pulszahl zur Beobachtung. Nach Gaben von 0,01—0,02 g Strychnin stellen sich zuweilen unter Ekelgefühl Unbehagen, geistige Unruhe und Verstimmung, Ameisenkriechen und die bekannte erhöhte Empfindlichkeit gegen äußere Eindrücke ein, die weiterhin sich zu schweren Krämpfen steigert. Bei letzteren bleibt das Bewußtsein unverändert; es schwindet erst bei häufigeren und länger dauernden Anfällen. Der Tod kann bei den Anfällen durch Erstickung infolge Beteiligung der Atemmuskeln am Tetanus oder infolge Erschöpfung und allgemeiner Lähmung eintreten. Die Steigerung der Reflexe und die Krämpfe sind der Wirkung des Strychnins auf das Rückenmark und verlängerte Mark zuzuschreiben, nicht auf peripherische Erregungen der Krämpfe. Dieser Wirkung auf das Rückenmark liegt aber nicht die ebenfalls von Strychnin erzeugte Gefäßverengerung im Rückenmark zugrunde. Obgleich das Gehirn von Strychnin relativ wenig affiziert wird und das Bewußtsein bei Strychninvergiftung regelmäßig erhalten bleibt, ist doch experimentell bei Tieren eine direkte Beeinflussung der psychomotorischen Zentren nachgewiesen (Biernacki). Sie ist je nach dem Stadium der Strychninwirkung bald eine exzitierende, bald eine deprimierende. Solange es nicht zu tetanischen Anfällen kommt, tritt konstant Steigerung der Erregbarkeit der Hirnrinde ein; sind die Gaben dagegen hinreichend, um Tetanus herbeizuführen, so folgt auf das Stadium der erhöhten Erregbarkeit ein solches der Herabsetzung und selbst der Vernichtung der Erregbarkeit. Es ist besonders hervorzuheben, daß sich in ersterem Stadium (Übererregbarkeit der Hirnrinde) die physiologische Differenzierung der einzelnen motorischen Zentren in der Weise ändert, daß sich die Reizung eines Zentrums auf die benachbarten fortsetzt und die physiologisch unwirksamen Grenzgebiete die physiologische Kraft der Zentren erhalten. Die Blutdrucksteigerung beim Strychnin kommt durch Reizung des vasomotorischen Zentrums zustande; beim Ausbruch der Krämpfe steigt sie bedeutend, um aber bald abzufallen. Auf den Herzmuskel übt Strychnin einen erregenden Einfluß aus. Der Gang der Temperatur zeigt bei Vergiftung anfänglich eine Erhöhung, dann ein Sinken derselben. Nach Dreser wird die Unterscheidungsempfindlichkeit für die verschiedenen Helligkeitsgrade der reinen Hauptfarben mehr oder weniger verschärft, besonders für schwache Lichtreize und vorwiegend im Blau. Bei den kleinen medikamentösen Dosen wird die Schleimhaut des Magens und Darmkanals nicht wesentlich beeinflußt. Die Steigerung des Appetits wird wahrscheinlich durch vermehrten Blutgehalt der Magenmukosa und vermehrten Blutzufluß zu den Magendrüsen unter höherem arteriellen Druck bewirkt. Bei an habitueller Verstopfung Leidenden wird die Peristaltik angeregt und die Zahl der Stuhlentleerungen vermehrt.

Bei Langgaard werden als Indikation des Strychnins (in kleinsten Mengen) angeführt: Dyspepsie im Gefolge von Innervationsstörungen des Magens bei chlorotischen, hysterischen und hypochondrischen Personen, sowie bei atonischer Verdauungsschwäche, chronischen Diarrhöen, Ruhr und Brechruhr, ferner perverse Gärungsvorgänge im Darmkanal, wobei es diese verhindert. Bei organischen und entzündlichen Veränderungen im Zentralnervensystem ist es kontraindiziert. Dagegen fand es früher vielfach Anwendung bei motorischen Lähmungen der Extremitäten und bei zirkumskripten Lähmungen. Die günstigsten Erfolge wurden beobachtet bei Paralysen peripherischen Ursprungs, namentlich bei solchen toxischen Ursprungs (Alkohol, Quecksilber, Blei), Lähmung des Sphinkter ani und vesicae, bei Ischurie infolge von Lähmung des Detrusor vesicae. Ferner kommen in Betracht Lähmungen sensibler Nerven und Sinnesorgane, besonders des Sehnerven, Unempfindlichkeit der Haut an einzelnen Stellen. Bei Amaurose ist es nur dann von Nutzen, wenn es sich um eine reine Funktionsstörung (z. B. nach Blutverlust) handelt, und zwar verdient dabei die endermatische Applikation den Vorzug. Nagel hat aber auch bei schon begonnener Atrophie der Papilla optika bisweilen noch eine entschiedene Zunahme der Sehschärfe beobachtet und die partielle Rückbildung des pathologischen Befundes mittels des Augenspiegels konstatiert. Leber dagegen hob hervor, daß nur nach Ablaufen des pathologischen Prozesses, nicht aber beim Vorwärtsschreiten desselben das Strychnin eine günstige Wirkung entfaltet. Weiter werden als geeignet für Strychninbehandlung angeführt: Akute und lebensgefährliche Schwächezustände der Zentren der Atmung und der Zirkulation (nichttoxische [medizinale] Strychninmengen bewirken Steigerung des Blutdrucks und der Herztätigkeit einerseits, der Atembewegung andrerseits), und zwar nicht nur bei Vergiftungen mit narkotischen Stoffen zur Beseitigung drohender Lebensgefahr, bei Asphyxie und Synkope in der Chloroformnarkose (Liebreich, Gibson), bei Schlangenbiß, sondern auch bei

1) Dieser und die folgenden Autoren zitiert nach Neumann, a. a. O.

2) Zeitschr. f. diätetische und physikalische Therapie, 1904, VIII, Heft 3/4. Ref. in Münch. med. Wochenschr., 1904, S. 2015.

3) Nach Langgaard in Eulenburgs Realenzyklopädie. 1900, Bd. XIII.

Kollapszuständen im Verlauf akuter und chronischer Krankheiten (z. B. Sonnenstich, [Barfute]), bei Herzschwäche infolge akuter Lungenaffektion (mit gleichzeitiger Sauerstoffinhalation), bei akutem Lungenödem im Gefolge von Herzkrankheiten (Habershan), als Hypnotikum bei Überarbeitung (Brunton, 0,3—0,6 mg), bei Asthma (Mays, 2—3 mg, Beeinflussung der Medulla oblongata), bei Herzerweiterung (Maragliano), die durch mehrtägigen Gebrauch völlig verschwinden soll, bei Chorea major und Paralysis agitans (Benedikt), und vor allem bei akutem und chronischem Alkoholismus (Delirium tremens, periodischer Trunksucht [Luton], stimulierender Effekt einerseits, Gefäßzusammenziehung im Gehirn andererseits).

Die Ausscheidung des Strychnins durch die Nieren beginnt beim Menschen schon nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde und ist nach einmaliger medizinaler Dosis in 24 Stunden, nach mehreren Dosen in 2—3 Tagen vollendet, daneben geschieht die Ausscheidung auch mit dem Speichel, der Galle und vielleicht auch mit dem Schweiß.

C. S. Sherrington-Liverpool[1]) hat nachgewiesen, daß das Strychnin die normale zentrale Reflexhinderung in zentrale Reizung verwandelt. An einer großhirnlosen Katze wurde der Musculus vastus cruris derart präpariert, daß man alle anderen Muskeln des Gliedes außer Tätigkeit setzte durch Durchschneidung ihrer motorischen Nerven bis auf den Psoas major, Psoas minor, Iliacus und Pektineus. Diese letzteren werden wirkungslos gemacht, indem man sie an ihren Ansätzen abschneidet. Dann findet man bei Reizung des zentralen Endes des Nervus saphenus internus unterhalb des Knies jedesmal reflektorische Erschlaffung des Vastus cruris, der ein Strecker des Knies ist. Wird nun Strychnin injiziert, so geht nach wenigen Minuten die reflektorische Erschlaffung in eine reflektorische Kontraktion über. Hierfür genügen 0,2 mg H Cl-Strychnin pro Kilo Tier.

Nach den Untersuchungen von Fröhlich und Lichtenfels[2]) hat Strychnin folgende Einwirkungen auf die Sinnesnerven: „Ein und zwei Zentigramm vom Magen aus aufgenommen steigerten binnen etwa 30 Minuten die Feinheit des Geruchsinnes und änderten ihn in der Weise, daß Wohlgerüche noch angenehmer, übelriechende Dinge viel weniger unbehaglich erschienen. Die Steigerung der Schärfe des Geruchs hielt über 24 Stunden an. Auch dann machte er sich, und zwar während mehrerer Tage, geltend, wenn 0,01 mit etwas Zucker 20 Minuten lang auf die Nasenschleimhaut direkt einwirkte. Kontrollversuche mit Morphin und Atropin ergaben das Gegenteil. — In ähnlicher Weise steigerte das Strychnin die periphere Empfindung der Hautnerven. Wenn man im normalen Zustand den Knopf eines Tasterzirkels zuerst an die Haut des Arms und sodann an die Zunge andrückt, so erscheint die erstere Empfindung matt, die letztere scharf und begrenzt. Durch die Aufnahme von Strychnin (0,01—0,02) wurde die erstere zur Höhe von dieser gesteigert und die Dauer der Nachempfindung verlängert. Es ist also die Leitungsfähigkeit der sensiblen Nerven durch das Strychnin erhöht. — Die Tastsphären, welche von lähmenden Stoffen wie Morphin, Chloroform, Alkohol bedeutend vergrößert werden, erfuhren durch Strychnin nur eine geringe Änderung, dort von 0,6—0,8, hier bis höchstens 0,2 der Einheit, und zwar ebenfalls an Vergrößerung." Nach Binz geht daraus die Erkenntnis der nur geringen Beziehungen des Strychnins zu der Gehirnrinde hervor.

1871 stellte v. Hippel[1]) an sich selbst Versuche über den Einfluß des Strychnins auf das normale und kranke Auge an, nachdem Nagel klinische Beobachtungen über die Strychninwirkung gemacht hatte. „Wurde Strychnin in der Dosis von 0,001—0,003 in der Schläfengegend injiziert, so zeigte das entsprechende gesunde Auge folgende Veränderungen: Das Farbenfeld für Blau ist vergrößert, die Sehschärfe vorübergehend gesteigert, die Grenze für das Erkennen bestimmter Punkte weiter nach der Peripherie hinausgerückt, das Gesichtsfeld bekommt eine dauernde Erweiterung. Sie war schon nach zwei Stunden vorhanden, schien nach fünf Stunden ihr Maximum zu erreichen, bis zum dritten Tag darauf zu verharren und war am sechsten Tag wieder verschwunden. Sonstige unangenehme Wirkungen wurden von jenen Injektionen nicht wahrgenommen . . . . . . Einmal, unmittelbar nach Injektion von 0,004 salpetersaurem Strychnin, befiel den Forscher ein leichter Schwindel, der aber nur etwa drei Minuten anhielt und dann einem vollständigen Wohlbefinden Platz machte. Heitere Gemütsstimmung, welche von Fröhlich und Lichtenfels, verstärkte Herztätigkeit und vermehrte Empfindlichkeit gegen Licht, was von anderen Autoren erwähnt wird, hat v. Hippel nicht wahrgenommen. Das kann aber auf der geringeren Dosis beruhen."

Gegen beginnende Lähmung des Sehnerven ist Strychnin endermatisch schon in den 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts von Trousseau und Pidoux[2]) angewendet worden. v. Hippel[3]) faßt sein Urteil über 90 mit Strychnin behandelte Fälle dahin zusammen: „Das Strychnin ist berufen, in bezug auf den Optikus die Stelle einzunehmen, welche wir gegenüber den anderen Nerven dem konstanten Strome einräumen. Seine glänzendste Wirkung entfaltet es bei Zuständen, die sonst unserer Therapie absolut unzugänglich waren: bei Atrophie des Optikus aus den verschiedensten Ursachen." F. Lange[4]) schließt seinen Bericht über die Strychninwirkung, „daß selbst in veralteten und nach früheren Anschauungen hoffnungslosen Fällen (von Amaurosen und Amblyopien) sich noch Resultate wesentlicher Besserung erreichen lassen".

Gegen periphere Lähmungen wurde Strychnin subkutan in der von Ziemßenschen Klinik in Erlangen mit Erfolg angewendet.[5]) So sah Leube eine diphtherische Lähmung des Rumpfes, der Glieder, des Schlundes und der Nervi laryngei superiores rasch heilen unter subkutanen Einspritzungen von Strychninum nitrikum (anfangs täglich 0,005, später 0,01, im ganzen 0,48 in fünf Wochen). L. Acker heilte eine vollständige Paraplegie der unteren Körperhälfte, speziell des Mastdarms und der Blase von unbekannter Entstehung bei einer 36jährigen Magd, indem er ihr innerhalb 135 Tagen nahezu 4,0 g Strychninnitrat beibrachte, also fast 0,029 auf den Tag. Kelp beseitigte Inkontinentia urinae bei einem 16jährigen Mädchen, welches seit Kindheit daran litt, durch Injektionen

[1]) VII. internationaler Psychologen-Kongreß. Heidelberg, 13. bis 16. August 1907. Ref. in Münch. med. Wochenschrift, 1907, S. 2204.

[2]) Sitzungsberichte der Akademie der Wissenschaften. Wien 1851, Bd. 6, S. 329 und ff. Zitiert bei Binz, Vorlesungen über Pharmakologie. Berlin 1886, S. 340.

[1]) Über die Wirkung des Strychnins auf das normale und kranke Auge. Berlin 1873. Zitiert bei Binz, Vorlesungen über Pharmakologie. Berlin 1886, S. 341.

[2]) Bei Binz, S. 343. In Dierbach, Neueste Entdeckungen in der Materia medica, 1843, Bd. 2, S. 546.

[3]) Ibidem S. 343. — v. Hippel, Über die Wirkung des Strychnins etc. S. 77.

[4]) Zur Kasuistik über die Wirkung des Strychnins bei Amaurosen und Amblyopien. Doktordissert. Königsberg 1874. Aus der J. Jacobsonschen Klinik

[5]) Binz, S. 342. — Deutsches Archiv für klinische Medizin 1869, Bd. 6, S. 206. — 1874, Bd. 13, S. 416. — 1874, Bd. 14, S. 432.



einer Lösung von 0,0037 Strychninum nitricum in die Kreuzbeingegend; in 105 Tagen wurden 0,24 g verbraucht.

Herzerweiterung behandelte Maragliano[1]) erfolgreich mit täglicher Darreichung von 2—3 mg Strychnin innerhalb einer Woche; die Besserung war durch Perkussion deutlich nachweisbar; entsprechend der durch Petri experimentell nachgewiesenen Erregung der Nerven und des Muskels des Herzens[2]).

Gegen Muskelatrophien, chronische Myelitis und Hinterstrangsklerose rühmte Cérenville[3]) das Strychnin; er gab subkutan Dosen von 0,001—0,006 g. Wirkliche Vergiftungen wurden dabei nicht wahrgenommen, obgleich er in einem Falle 0,006 anhaltend über 300 mal gab. Die Intoleranz zeigte sich in einem Falle in hartnäckigem Kopfschmerz, in einem anderen in bald vorübergehendem Trismus, zuweilen in Tenesmus der Blase. Die Injektionen erfolgten bei lokalisierten Erkrankungen in der Nähe der atrophierten Muskeln.

Bei Binz[4]) finde ich auch die historisch interessante Notiz, daß Magendie das Strychnin bereits bei seniler Muskelschwäche, Dieffenbach es bei Lähmung mit Erfolg anwandte.

Thompson[5]) empfiehlt bei Neuralgien 0,03 Strychnin in sechs Gaben alle vier Stunden zu geben.

Als ausgezeichnetes Mittel zur Bekämpfung der Konstipation als Folge von Gehirnleiden, gewissen Geisteskrankheiten und Hypochondrien hat Boult[6]) das Strychnin gepriesen; er gab mit Aloë und Extr. Rhei. zusammen Extr. nuc. vom.

Feilchenfeld[7]) wandte in zwei Fällen von Diabetes insipidus subkutane Injektionen von Strychninum nitricum in Einzeldosen von 0,0025—0,005 g an. Das Resultat war ein befriedigendes. Bei dem einen Patienten ging die Urinmenge auf 1400 ccm schon nach 12 tägiger Behandlung zurück; bei dem anderen von 4000 ccm auf 2500 ccm. Parallel der Urinverminderung ging auch der Durst zurück und das Gefühl von Trockenheit im Munde schwand.

Den dem Strychnin nachgerühmten heilenden Einfluß auf periphere Lähmungen hält R. Stintzing[8]) zwar für zweifelhaft, doch erscheint ihm in Anbetracht der so zahlreichen Beobachtungen über glückliche Erfolge bei Fazialislähmung, postdiphtherischen und anderen Lähmungen ein Versuch mit Strychninbehandlung in hartnäckigen derartigen Fällen angezeigt. Die Wirksamkeit des Strychnins bei Lähmung infolge des chronischen Alkoholismus — Boltenstern[9]) hat einschlägige günstige Erfahrungen gemacht — konnte Stintzing in einem länger vorher erfolglos behandelten Falle bestätigen, während er sich sonst nie deutlich von seiner antiparalytischen Wirkung überzeugen konnte. Dagegen hat es auch ihm oft vortreffliche Dienste bei chronischem Alkoholismus, insbesondere bei Dipsomanie geleistet, und er meint, daß diese in Rußland sehr verbreitete Behandlungsmethode jedenfalls größere Beachtung verdient, als sie bisher in Deutschland gefunden hat. Nach G. Beldau[1]) hat das Strychninum nitricum in gewissem Sinne geradezu antagonistische Wirkungen gegen Alkoholismus und wirkt um so besser, je höher die Dosen und je anhaltender diese gegeben werden. „Bisweilen verliert sich schon nach wenigen Injektionen das Verlangen nach Alkohol. Strychnin wird vom Alkoholisten in auffallend großen Dosen vertragen und hat keine kumulative Wirkung. Ich pflege nach einigen vorsichtigen Probegaben (täglich 0,002 bis 0,005 subkutan) rasch auf die Maximaldosis (0,01) zu steigen und diese dann jeden anderen Tag zu wiederholen; an den Zwischentagen schalte ich gewöhnlich eine kleinere Dosis (0,005 oder 0,0075) ein. Nach etwa 1—3 Wochen verlängere ich die Pausen auf 3—4 Tage und verringere langsam die Dosis.“ Stintzing hat damit eine erhebliche Milderung und Abkürzung der Trunksuchtsanfälle sowie eine Verlängerung der freien Intervalle bewirkt. Vollständige Heilung, wie sie von anderen Beobachtern gesehen worden ist, hat er, soweit er die Patienten länger verfolgen konnte, nicht erzielt. Bei der Strychninbehandlung ist genaue Krankenbeobachtung und nötigenfalls rechtzeitiges Aussetzen des Mittels (bei auftretenden Zuckungen etc.) natürlich erforderlich, absolute Alkoholabstinenz nach erreichter Wirkung selbstverständlich. Zu antiparalytischen Zwecken beginnt Stintzing mit Injektionen von einer Lösung 0,01 : 10,0 Aq. dest. bei Erwachsenen mit $^1/_2$ Spitze (= $^1/_2$ mg), bei Kindern mit $^1/_4$ Spritze und steigt bis zu 2 mg (mehrmals wöchentlich).

Dujardin-Beaumetz[2]) erinnert daran, daß schon Magnus Huß die günstige Wirkung des Strychnins bei manchen Erscheinungen der Alkoholvergiftung kannte. Aber erst durch Luton ist es gegen alle Perioden des Alkoholismus, besonders gegen das Delirium tremens empfohlen worden, bei welchem er 2—3 mal täglich Strychnin. sulfur. subkutan oder 0,03 intern in refracta dosi verordnete. Auch Extr. Nuc. vomic. 0,2 oder Tinct. Strychnin 8,0 innerhalb 24 Stunden wandte er an. Luton sah sogar das Strychnin als Präventivmittel gegen Alkoholismus an und stellte die Forderung auf, daß unter direkter staatlicher Autorisation allen alkoholischen Getränken eine geringe Quantität Strychnin beigemengt werde! Der Antagonismus zwischen Alkohol und Strychnin ist von Amagot durch Versuche an Kaninchen zweifellos erwiesen. Dujardin-Beaumetz bestätigt auf Grund seiner eigenen Erfahrungen, daß das Strychnin das beste Mittel zur Bekämpfung der nervösen Manifestation des Alkohols, der Trunkenheit und des Delirium tremens ist. Es verhütet aber auch die Berauschung und wirkt dem akuten Delirium der Säufer entgegen. Selbstverständlich vermag es gegenüber den anatomischen Veränderungen bei Alkoholismus (Leberaffektion, Meningealerkrankung, Arterienatherom usw.) nichts auszurichten.

Mc Bride[3]) sieht als spezifische Behandlung des Alkoholismus die Anwendung des Atropins und Strychnins an. Er gibt anfänglich dreimal täglich 0,0002 Atropin subkutan und steigt allmählich bis zu einer Einzeldosis von 0,001. Gleichzeitig gibt er Strychnin, mit 0,001 beginnend und bis 0,003 steigend. Daneben verabfolgt er Bittermittel. Blackwell-Fenn gibt ebenfalls Strychnin und Atropin subkutan,

[1]) Bei Binz — Zentralblatt für die medizinischen Wissenschaften, 1882, S. 726.

[2]) Zur Lehre von den Hemmungsapparaten des Herzens. Dissertation unter Luchsingers Leitung. Bern 1880. — Bei Binz.

[3]) Bei Binz. — Observations cliniques sur l'emploi de la Strychnine. Referiert im Zentralblatt f. klin. Medizin, 1882, S. 268.

[4]) S. 335.

[5]) Zitiert bei Binz, S. 516.

[6]) Union méd. 1848, Nr. 139. Ref. in Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 6, S. 538.

[7]) Deutsche med. Wochenschrift, 1908, Nr. 31. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1908, Lit., S. 58.

[8]) Erregungsmittel bei Erkrankungen des Nervensystems. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. 2. Aufl., Bd. V, S. 368.

[9]) Therapeutische Monatshefte, 1893, 401.

[1]) Über die Trunksucht und Versuche ihrer Behandlung mit Strychnin. Jena, 1892.

[2]) Über die Behandlung des Alkoholismus mit Strychnin. — Bull. gén. de thérap., Jan. 1884. — Ref. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 41, Lit., S. 86.

[3]) British Med. Journ. 30. IV. 1904. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1904, S. 1212.



daneben aber zweistündlich 0,003 Auro-natrium chloratum in einer bitteren Lösung. Wenn sich nicht innerhalb vier Tagen Abneigung gegen geistige Getränke einstellt, wird etwas Ipecacuanha zugesetzt. Die dadurch eintretende Übelkeit soll den Kranken von dem Verlangen nach Alkohol abhalten. Diese Kur führt angeblich in 4—5 Wochen zum Ziel und zeigt über 60% Dauerheilungen. Während der Dauer der Kur entziehen diese Autoren den Kranken nicht den Alkohol.

Zur Anwendung bei Geisteskrankheiten ist die Nux vomica bereits einmal angelegentlich empfohlen worden. O. Müller[1]) wundert sich, daß dieses Mittel in den damaligen Bearbeitungen der Psychiatrie nicht erwähnt ist, obwohl man hätte denken sollen, daß dasselbe, da es sonst in der Medizin bei abdominalen Schwächezuständen und bei Lähmungen vielfach angewendet wird und als kräftiger Bitterstoff sowie vermöge seiner tonisierenden Eigenschaften Erhebliches leistet, dieserhalb auch bei der Behandlung der psychischen Krankheiten hätte von Nutzen sein müssen, da es sich hierbei meistenteils um eine Wiederbelebung der gesunkenen Ernährung, Anregung des daniederliegenden Stoffwechsels und der verminderten Nerventätigkeit handle. Extractum spirituosum oder Tinktura spirituosa von Nux vomica wirkt in kleinen Gaben als kräftiger Bitterstoff so sehr appetitanregend, daß dieser sich oft bis zum Hunger steigert, in größeren Gaben so belebend und aufregend, daß man sich in einem leichten Rausche zu befinden glaube. Zur Anregung des Stoffwechsels, Beseitigung gastrischer Erscheinungen und Hebung des Ernährungsstandes muß man kleine Gaben einige Wochen lang geben, zur Anregung der Nerventätigkeit dagegen größere Dosen. Müller gab daneben in manchen Fällen Eisen, in anderen Mittelsalze oder Kräuterdekokte. Die Nux vomica paßt bei allen primären psychischen Schwächezuständen. Die günstigsten Erfolge sah er bei der primären Abulie (Anästhesia psychomotorica). „Kranke, welche monatelang kein Wort sprachen, meist regungslos dasaßen und den Eindruck der beginnenden Dementia machten, sah ich bei Gaben von $^1/_4$—$^1/_2$ gran sich schnell ändern.“ Bei öfteren Gaben sieht man den unmittelbar belebenden Einfluß sich sogleich äußern. Größere Dosen gebrauchte er nur in den besonders hartnäckigen und veralteten Fällen. Gewöhnlich gab er mit Rücksicht auf die gelegentliche kumulative Wirkung das Mittel dauernd und in der schwächeren Form ($1^1/_2$—2 gran täglich). Bei Auftreten kumulativer Wirkung setzte er es mehrere Tage aus. Neben Bädern, Gymnastik, Bewegung im Freien setzte er es meist solange fort, bis die beabsichtigte Wirkung gesichert schien. Den gleichen Nutzen sah Müller „in der mit der eben erwähnten Krankheitsform verwandten und ihr in vieler Beziehung ähnlichen Melancholia passiva (Anästhesia psychosensitiva)“. Müller berichtet endlich noch, daß er das Mittel auch „bei der sogenannten Amentia (Anästhesia psychosensualis“ angewandt habe, aber nicht oft, da diese Krankheit selten sei. Bei den psychischen Hyperästhesien erschien es kontraindiziert; es steigerte gelegentlich die Aufregung und dürfte eventuell nur in ganz kleinen Gaben als Stomachikum gegeben werden. Mit günstigem, wenn auch nur palliativem Nutzen gebrauchte er es in vier Fällen von progressiver Paralyse. „In einem derselben, in welchem bei bereits weit fortgeschrittener Krankheit unter kolliquativen Diarrhöen, starkem Dekubitus und bedeutendem Verfall der Kräfte eine schnelle Auflösung des Kranken unvermeidlich erschien, trat bei der versuchsweisen Anwendung des Mittels schnell eine auffallende Besserung ein. Nach der dadurch erfolgten Beseitigung des Durchfalls hob sich allmählich die Ernährung; der Dekubitus verschwand und der Kranke, von dem ich glaubte, daß er nur noch wenige Wochen leben würde, erholte sich und starb erst fast drei Jahre später plötzlich an Apoplexie . . . . . Auch in den übrigen Fällen äußerte das Mittel einen günstigen Erfolg und erscheint mir überhaupt das einzige zu sein, welches bei dieser Krankheitsform etwas leistet.“ Müller glaubt, daß man vielleicht in den früheren Stadien der progressiven Paralyse Gutes von der Wirkung der Nux vomica erwarten kann.

Prof. Troisfontaines (Liège)[1]) weist nach dem Vorgange mehrerer anderer Kliniker auf die Bedeutung des Strychnins als Nervenstimulans bei Kollaps jeder Art; es ist das sicherste Anregungsmittel und steht darin beträchtlich über Koffein, Äther und Kampher. Er gibt als Einzeldosis des Strychnins gewöhnlich im Beginn 3—4 mg; Tagesdosis 1,5 cg; in dringenden Fällen mit Indicatio vitalis zögert er nicht, 5 bis 10, ja 20 und 30 mg Strychnin. sulfur. oder nitric. subkutan zu verabfolgen, und zwar mehrmals am Tage, so daß im ganzen pro Tag 2—3, ja 4 cg gegeben werden. Schädliche Nebenwirkungen hat er dabei nie beobachtet. Bei Kollaps und bei nervöser Depression, wie sie oft im Verlauf der verschiedensten Infektionen vorkommen, erwies sich diese Behandlung als sehr wirksam. Wenn sie auch nicht die Ursache des Kollapses beseitigt, so kann sie doch oft das Nervensystem anregen und das Leben erhalten, bis die Krankheit erlischt oder deren schlimmste Wirkungen nachlassen oder aufhören. Die angeführten Beobachtungen betreffen unter anderen Kranke im Alter von 80, 82 und 87 Jahren; bei ihnen hatten die Strychnininjektionen im Verlauf verschiedener Affektionen guten Erfolg. Schädliche, akkumulierende Nebenwirkung trat nicht auf.

Kola. — Die Bestandteile der Kolanuß hat Knebel[2]) im Jahre 1892 im pharmazeutischen Institute und Laboratorium für angewandte Chemie unter Leitung von Hofrat Professor Dr. Hilger eingehend untersucht. Seine Experimentalstudien führten zu folgenden Schlüssen:

1. Das in den getrockneten Kolanüssen enthaltene, durch Chloroform oder Äther ausziehbare Koffein ist nicht allein der wirksame Bestandteil derselben, sondern es ist in dem roten Farbstoff der Kolanuß, seither Kolarot genannt, noch ein Glykosid, Kolanin, enthalten, welches sich in Koffein, Glykose und das eigentliche Kolarot spaltet.

2. Der rote Farbstoff der Kolanuß besteht aus einem Gemisch von Kolanin und Kolarot.

3. Die in der getrockneten Kolanuß vorhandenen Mengen freien Koffeins und Glykose sowie Kolarot und dessen Umwandlungen sind höchst wahrscheinlich in den unreifen oder reifen, frischen Samen zu einem Molekül, einem Glykoside, das Kolanin genannt werden soll, vereinigt gewesen, welches beim Reifen bezw. beim Trocknen durch das in derselben enthaltene Ferment zum Teil in seine Komponenten, Spaltungsprodukte, zerlegt wurde.

4. In dem Kolarot lassen sich durch Azetylierung mit Azetylchlorid fünf Hydroxylgruppen nachweisen, bei welcher

[1]) Über die Anwendung der Nux vomica bei Geistesstörungen. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 21, Supplement, S. 41, 1864. Verhandlungen der psychiatrischen Sektion in der Naturforscherversammlung zu Gießen. September 1864.

[1]) Die Unschädlichkeit hoher Dosen Strychnin. Revue de Médecine, Juni 1907. Ref. in Münch. med. Wochenschrift, 1908, S. 190.

[2]) E. Knebel, Die Bestandteile der Kolanuß. Inaugural-Dissertation. Erlangen, 1892.



Operation gleichfalls das noch vorhandene Kolanin gespalten, und sämtliches Koffein unverändert in die wässrige Lösung übergeht.

5. Dem Kolarot dürfte die Formel $C_{14}H_{13}(OH)_5$ zukommen.

6. Beim Schmelzen des Kolarotes mit Alkalien entstehen als Spaltungsprodukte Brenzkatechin, Ameisensäure, Essigsäure und Isobuttersäure.

7. Das Kolarot steht in naher Beziehung zur Gruppe der Gerbstoffe.

Über die Kolanuß entnehme ich der Studie Knebels noch folgende wissenswerte Daten: Die Stammpflanze der Kolanuß ist ein Baum von 10—20 m Höhe; er wächst wild an der Westküste von Afrika zwischen Sierra Leone, dem Kongo und Niederguinea, auch an einzelnen Orten im Inneren Afrikas. Angepflanzt wurde der Kolabaum von den Engländern an der Ostküste von Afrika, in Ostindien, Ceylon und anderen Gegenden, von den Franzosen in deren Kolonien. Die Kolanuß ist höchstwahrscheinlich identisch mit einer schon dem arabischen Botaniker Ibn-El-Beithar (gestorben 1248) bekannten Frucht. Seit dem 16. Jahrhundert wird sie von Reisenden öfter erwähnt und beschrieben. Aus den Berichten geht hervor, daß die Kolanuß bei den Eingeborenen Afrikas seit Jahrhunderten als geschätztes Genuß- und Heilmittel gilt, daher einen wichtigen Handelsartikel bildet und gleichzeitig die Stelle des Geldes vertritt. Die frischen Kolanüsse werden vor oder nach der Mahlzeit zur Geschmacksverbesserung gekaut; sie verscheuchen den Schlaf, bewirken größere Ausdauer bei Märschen und größeren Arbeitsleistungen und dienen auch dazu, schlechtes oder abgestandenes Wasser zu einem angenehm schmeckenden zu machen. Dieser Vorzug des Geschmackskorrigens beruht wahrscheinlich darauf, daß beim Kauen durch den Einfluß des Speichels das Kolanin in Koffein und Glykose gespalten wird. Je nach den Sorten schwankt nach Knebels Untersuchungen der Gehalt der Kolanüsse an freiem Koffein zwischen 1,25 und 2,1 %, der an freier Glykose zwischen 1,10 und 2,1 %, der an Farbstoff zwischen 0,83 und 1,5 %.

Angrisani[1]) verordnete Kolanuß bei einer 31jährigen Melancholischen mit Stupor, Nahrungsverweigerung und Unreinlichkeit. Nach vier Tagen begann die Kranke lebhafter zu werden, der Puls hob sich, nach acht Tagen wurde die Nahrungsaufnahme gut, die Besserung machte weitere, stetige Fortschritte. In drei anderen Fällen von Melancholie bei weiblichen Kranken hatte die Anwendung der Kola ebenfalls günstigen Erfolg, nachdem Koffein ohne erheblichen Nutzen angewendet war. Angrisani sieht als wirksamen Bestandteil das Kola-Rot an.

Misano[2]) fand, daß Koffein in der Dosis von 50 cg subkutan vermöge seiner vasodilatierenden Wirkung eine beträchtliche Erniedrigung des arteriellen Blutdrucks bewirkt. Es regt das Herz zu Kontraktionen an, verstärkt und reguliert seine Bewegungen, indem das Herz durch diese seine Aktion den durch Vasodilatation gesunkenen Blutdruck auszugleichen sich bestrebt. Daher kann bei Arteriosklerotikern, wo die Vasodilatation nicht möglich ist, eine Vermehrung des Blutdrucks eintreten im Gegensatz zu Individuen mit gesundem Gefäßsystem. Als Korrelat zur verstärkenden Wirkung der Systole durch das Mittel erfolgt in der Mehrzahl der Fälle eine Verlangsamung des Pulses. Die Schnelligkeit der Wirkung des Mittels, seine leichte Ausscheidung — allgemein bekannte Eigenschaften — fand Misano besonders durch seine Untersuchungen bestätigt.

[1]) Therapeutische Mitteilungen. Manicomio. Jahrgang VIII, Nr. 2/3. Ref. in Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 60, Lit., S. 162.

[2]) Klinisch-pharmakologische Beiträge zur Wirkung des Koffeins auf das Gefäßsystem. Riforma medica, 1905, Nr. 38. Ref. in Münch. med. Wochenschrift, 1906, S. 373.

Eisen. — Bezüglich des Eisens möchte ich nur unter Anführung von Binz[1]) kurz erwähnen, daß heutzutage das Zunehmen des Eisengehalts in Leber, Milz und besonders Knochenmark bei der Eisentherapie erwiesen ist. Es steht ferner fest, daß die Bildung von kernlosen roten Blutkörperchen aus ihrer Vorstufe, den kernhaltigen Erythroblasten, im Knochenmark bei Bleichsucht und bei Blutleere des Körpers durch Zufuhr von Eisen befördert wird, und zwar sowohl durch Eintreten des Eisens in das Blutrot wie auch durch einen direkten formativen Reiz des Eisens auf die blutbildenden Organe. Nicht nur die Chlorose der beginnenden weiblichen Pubertät, sondern auch die der anderen Altersstufen, sogar der Männer, und die Folgezustände pflegen auf Verordnung und Aufnahme von Eisen zu heilen oder sich zu bessern. Eine in das Gewand der Wissenschaft gekleidete Verneinung des therapeutischen Nutzens der Eisentherapie gehört daher nach Binz vergangenen Zeiten an. Selbst Grawitz[2]), der die Chlorose für eine Neurose hält, bei welcher die Blutveränderung nicht das Wesen der Krankheit, sondern lediglich das konstanteste Symptom bildet, empfiehlt die Eisentherapie im allgemeinen bei der Chlorose beizubehalten, wenn er es auch nicht als Spezifikum ansieht. Er betrachtet es mehr als ein Reizmittel für die blutbildenden Organe. Für die Behandlung solcher Psychosen, die mit Chlorose irgendwelcher Art einhergehen oder daraus entstanden sind, ergibt sich daher das strikte Gebot, jeden Fall, unbeschadet der anderweitigen therapeutischen Eingriffe, einer länger dauernden Eisentherapie zu unterwerfen.

Die Verbindung des Eisens mit Chinin und Acidum citricum ist eine längst eingeführte und bewährte. Sie hat auch s. Zt. in die Pharmacopoea Germanica Aufnahme gefunden.

Nach diesem pharmakologischen Überblick sei ein kurzes Referat über die bisherigen Versuche und Erfolge mit Syrupus Colae comp. mitgeteilt.

Flesch (a. a. O.) berichtet von der günstigen Wirkung bei Neurasthenie mit Kopfdruck, Hyperästhesie des Sensoriums, Angstzuständen, besonders mit Appetitlosigkeit, aber auch bei Sklerose und bei einem Falle von choreatisch-konvulsivischen Krampfanfällen im Gebiete beider Akzessorii. In sämtlichen Fällen trat eine laxierende Wirkung ein. Er verordnete anfangs 0,0025 Strychnin pro Kaffeelöffel, doch erwies sich diese Komposition als zu reich an Strychnin und die definitive und jetzt im Handel befindliche Zusammensetzung enthält 0,0015 Strychnin im Kaffeelöffel. Der Effekt stellte sich stets schon nach der zweiten bis dritten Flasche ein. Später hat Flesch es auch bei Arteriosklerose mit Erfolg und ohne üble Nebenwirkungen verordnet. Es folgte dann eine Veröffentlichung von Siegel[3]) ebenfalls über Versuche mit Syrupus Colae composit. bei Nervosität, ferner bei Chlorose und allgemeiner

[1]) Die Anwendung der Arzneimittel im Anfange des 20. Jahrhunderts. Deutsche Klinik I, 155.

[2]) Ebenda, III, 76. Die Chlorose. Auf Seite 72 sagt er sogar: „. . . die Chlorose . . . stellt eine jugendliche eigenartige Form des hysterischen Symptomenkomplexes dar."

[3]) Bedingungen für die medikamentöse Behandlung der Nervosität. Wiener medizinische Blätter, 1901, Nr. 14.



Anämie mit sekundären Nervenstörungen; dann von Meisner[1]), der in einem Falle schwerer und veralteter Myokarditis die Kola schätzen gelernt hatte. Aus seinem Aufsatz seien hier die verschiedenen Ansichten über die Wirkungsweise der Kola angeführt: Sée, Parisot schreiben sie hauptsächlich dem Koffein zu, Dujardin-Beaumetz und Monnet teilweise dem durch Kola verlangsamten Verluste von Stickstoff im Organismus; Radet meint, daß Kola der Zerstörung der Phosphate entgegenarbeitet, Kostlar glaubt, daß Kola die Absorption des Schwefels und Phosphors vermehrt. v. Kluczycki[2]) erprobte das Präparat am k. k. Wilhelminenspitale in Wien. Nach seinen Beobachtungen ist Kolasirup indiziert:

1. Bei allen, auch den schweren Formen der Chlorose und der Anämien . . . (An einem eklatanten Fall wird dies durch die Zählung der vermehrten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes nachgewiesen.) (Chininum ferro-citrikum!)

2. Bei den funktionellen Neurosen, speziell Neurasthenie und Hysterie. (Glyzerinphosphorsäure, Kola, Strychnin!)

3. Bei vielen Formen von leichteren und schwereren Störungen des Digestionstraktes. (Im Darm frei werdendes Glyzerin, Strychnin, Kola!)

4. Bei Myokarditis und bei leichteren Klappenfehlern (als Ersatzmittel von Digitalis und Strophantus; Koffein, Kolanin!)

Kontraindikationen sind Hämoptysen, hochgradige Arteriosklerose und erregte Formen von Hysterie.

Eine sorgfältige wissenschaftliche Begründung des Präparates hat auch Dr. G. Fiore[3]) geliefert, besonders für die Behandlung der nervösen Dyspepsie, besonders der mangelhaften neuromuskulären Erregbarkeit des Magens und der Verminderung der Salzsäure- und Pepsin-Sekretion (Erregung der Nervenfasern des Vagus und des Plexus solaris, der multipolaren Ganglienzellen, von welchen teils zu den Muskelfasern, teils zum Meißnerschen Plexus zarte Fasern ausgehen. Mehrere der letzteren treten, wie Navalichin und Capperdei nachgewiesen haben, in innigen Kontakt mit den Belegzellen der Schleimdrüsen, welche die Salzsäure absondern).

Flesch[4]) hat später die souveräne Wirkung des Kolasirups gegen alle Formen nervöser Agrypnie festgestellt. „Wir haben gesehen, daß Mädchen und Frauen, die jahrelang an permanentem Kopfschmerz und Schlaflosigkeit litten und bei denen nervöse Stigmata und Anämie konstatiert wurden, schon nach wenigen Tagen den Schlaf wiedererlangten und ihre Kopfschmerzen verloren. Der Erfolg war so häufig und „schlagartig", daß er mit keinem der üblichen Medikamente nur im entferntesten zu vergleichen war." Anämisch-chlorotische Zustände im Pubertätsalter werden vorzüglich vom Kolasirup beeinflußt.

Für Diabetiker hat Flesch ein zuckerfreies Präparat in Pillenform herstellen lassen.

Kinder sollen den Kolasirup vor Ende des zweiten Lebensjahres nicht erhalten wegen der Irritabilität der Konvulsionszentren. Jenseits des zweiten Jahres soll man dreimal täglich soviel fünf Tropfen geben als das Kind Jahre zählt (in einem Kaffeelöffel Fruchtsaft oder Zuckerwasser gelöst).

Berzes[1]) Beobachtungen und Erfahrungen bei psychotischen Zuständen haben ihn, wie er mitteilt, zu weiteren Untersuchungen über die Wirkungsweise des Präparates bei verschiedenen aus konstitutionellen Neurosen abzuleitenden oder durch konstitutionelle Neurosen komplizierten Psychosen ermutigt. Er weist darauf hin, daß Hammond bei Neurasthenia sexualis Strychnin in Phosphorsäure gelöst verordnet hat.

Meißner[2]) hat bei Herzmuskel- und -klappenerkrankungen, wenn Digitalis oder Strophantus Magenbeschwerden verursachen, den Kolasirup gegeben und damit einen vollständigen Ersatz jener Arzneien erreicht, was bei dem erheblichen Koffeingehalt des Kola (nach Heckel und Schlagdenhauffen über 2%, außerdem noch geringe Mengen Theobromin) erklärlich ist. Die sogenannten Herzneurosen mit Angstanfällen sah er von dem Kolasirup auf die denkbar günstigste Weise beeinflußt werden. Er gab bis fünf Löffel täglich.

Von zahlreichen Versuchen mit Kolasirup endlich wird auch berichtet aus dem Spitale S. Maria della Pace in Neapel von Dr. Bazzicalupo[3]) und aus dem Erholungsheim am Semmering von Dr. Schmelz[4]).

[1]) Über Kola im allgemeinen und Syrupus Colae compos. „Hell" im besonderen. Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1902, Nr. 17.

[2]) Neuere Untersuchungen über die Wirkungsweise des Syrupus Colae compos. „Hell". Medizinische Blätter, 1902, No. 52.

[3]) Die therapeutische Wirkung des Syrupus Colae comp. „Hell" bei verschiedenen funktionellen Neurosen (Neurasthenie und Hysteroneurasthenie), Corriere Sanitario 12. 7. 03, und Der therapeutische Wert des Syrupus Colae compositus „Hell" bei Gastropathien nervösen Ursprungs, ebenda.

[4]) Weitere Erfahrungen mit dem Syrupus Colae compos. „Hell". Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1903, Nr. 13.

[1]) Über Verwendung des Syrupus Colae compositus „Hell" bei psychopathischen Zuständen. Medizinische Blätter, Mai 1904.

[2]) Der Syrupus Colae compositus „Hell" bei organischen und funktionellen Erkrankungen des Herzens. Österreichische Ärztezeitung, 1906, Nr. 20.

[3]) Die Behandlung der Neurasthenie und der Stoffwechselkrankheiten mit dem Syrupus Colae compositus „Hell". Gazzetta internationale di Medicina, 1905, 10. Juni.

[4]) Über Erfahrungen mit Syrupus Colae compositus „Hell". Medizinische Blätter, 1908, Nr. 23.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 10. 29. Mai **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Typhus in Großschweidnitz. Von Ober-Med.-Rat Dr. Krell. (Schluß.) (S. 89.) — Ein gefälschtes psychiatrisches Gutachten. Mitgeteilt von Dr. Rixen in Breslau. (S. 93.) — Mitteilungen (S. 94): Programm für den psychiatr. Fortbildungskurs in München. — Referate (S. 94).

Typhus in Grossschweidnitz.

Von Ober-Med.-Rat Dr. *Krell.*

Nach einem im Verein sächs. Bezirksärzte zu Dresden gehaltenen ausführlicheren Vortrag.

(Schluß.)

Die Sicherung der Diagnose Typhus wird in der für den behandelnden wie aber namentlich für den beamteten Arzt wichtigsten Zeit, innerhalb der ersten Woche bis der ersten zehn Tage, wieder so schwierig wie je zuvor; denn Typhusbazillen im Stuhle aber auch im Blute bieten keine sichere Gewähr dafür, daß tatsächlich Typhus vorliegt, andererseits beweist das Fehlen der Agglutination während der ersten Woche der verdächtigen Erkrankung nicht gegen Typhus. Es bleibt nichts anderes übrig als zuzuwarten und zu versuchen, per exclusionem zur Diagnose zu gelangen, dabei aber in bestimmten, nicht zu langen Zwischenräumen weitere Serumuntersuchungen nach Gruber-Widal vorzunehmen.

Wenn nun von verschiedenen Seiten lebhafte Zweifel in den Wert und die Bedeutung der Gruber-Widal-Reaktion gesetzt worden sind, weil es sich herausgestellt hat, daß die Reaktion auch bei manchen Infektionskrankheiten, ja selbst bei anscheinend Gesunden positiv ausfalle, so hat doch die Erfahrung andererseits auch bereits gelehrt, daß, wie auch Curschmann lehrt, der diagnostische Wert des Widal vor allem an die Berücksichtigung der quantitativen Verhältnisse bei der Untersuchung geknüpft ist. „Je geringer die zur Auslösung der Reaktion notwendige Menge von Serum ist, um so sicherer ist die Diagnose Typhus, und je kürzer die Serumeinwirkung und je vollkommener die Reaktion ist, um so sicherer ist die Diagnose Typhus selbst bei niedrigen Verdünnungsverhältnissen. Positive Reaktion von 1:40 und darüber hinaus soll nur bei Typhus vorkommen, während sie bei 1:10—20—30 auch bei anderen Krankheiten zu beobachten ist; hier kann sie Typhus bedeuten, und sie wird es namentlich bei einer deutlichen größeren Epidemie, im besonders wichtigen Einzelfall aber wird durch sie die Diagnose Typhus nicht einwandfrei festgestellt."

In einem zu diesem Zwecke in der hiesigen Anstalt besonders eingerichteten Laboratorium sind nun außerordentlich zahlreiche Blutserumuntersuchungen nach Gruber-Widal angestellt worden, zum größten Teil unter Leitung und Aufsicht eines jüngeren Bakteriologen (Dr. Loele vom Krankenstift in Zwickau), der mit derartigen Untersuchungen besonders vertraut ist. Außerdem sind von der Dresdener Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege bereitwilligst noch eine beträchtliche Anzahl von Kotproben und Blutproben untersucht worden. Von den für uns natürlich recht wichtigen Untersuchungsergebnissen sei hier nur folgendes herausgehoben: Bei allen denjenigen Kranken, die in der Zeit von Mitte November bis Mitte Dezember 1907 erkrankt waren, die aber bei der Ende Dezember 1907 einsetzenden Epidemie nicht wieder erkrankten, fiel der Widal negativ aus; dagegen bei denjenigen, die bei der ersten und zweiten Epidemie erkrankt waren, ergab sich Widal positiv; er lehrte uns, daß wir es bei der ersten Epidemie nicht mit Typhus — also wohl mit Influenza —, bei der zweiten aber wohl mit Typhus zu tun gehabt hatten.

Aber auch während der zweiten Epidemie zeigte sich, daß eine Reihe von Personen, Geisteskranken wie Pflegepersonen (zirka 50), die fieberhaft erkrankt waren, große Mattigkeit, Gliederschmerzen, etwas Schnupfen und Husten etc. klagten, bei den in kurzen Zwischenräumen bei ihnen angestellten Widalunter-



suchungen nicht reagierten (also negativ waren), die wir daher auch weiterhin als influenzakrank anzusehen uns für berechtigt hielten.

Es wurde versucht, womöglich alle Bewohner der Anstalt, Kranke wie Nichtkranke, die meisten wiederholt nach Widal zu untersuchen; bei 68 Kranken, 17 Männern und 51 Frauen, mußte aber aus verschiedenen Gründen von der Blutentnahme abgesehen werden; die Widal-Untersuchungen ergaben nun, daß 234 = 47,8% der anwesenden Geisteskranken positiv befunden wurden, und zwar von den Männern 89 = 43,4% aller männlichen und 145 Frauen = 52,6% aller weiblichen Verpflegten. Von den 234 positiv Befundenen waren klinisch als krank anzusehen gewesen, zum Teil in schwerer, zum großen Teil aber in leichter Form: 170 Geisteskranke (63 Männer und 107 Frauen). Man war dabei übereingekommen, als typhuskrank diejenigen anzusehen, die nach Widal positiv reagierten — in der größten Mehrzahl der Fälle bei einem Titer von 1:40 und mehr — und die irgendwelche der bekannten klinischen Erscheinungen eine Zeitlang dargeboten hatten. Zu diesen 170 wären von den Nichtuntersuchten (nach Widal) noch 21 hinzuzurechnen (3 Männer und 13 Frauen), die klinisch als deutlich typhös angesehen wurden, bei denen zum Teil die Kotuntersuchungen auch die Diagnose sicherten. Nicht weniger denn 64 Geisteskranke aber hatten auch positiv reagiert, ohne auch nur einen Tag lang irgendwelche merkbare krankhafte Erscheinungen dargeboten zu haben; freilich muß hierbei berücksichtigt werden, daß es sich eben um Geisteskranke handelt, von denen so manche sich nicht messen ließen, Stuhl unkontrolliert absetzten usw.

Vom gesamten Pflege- und Wartepersonal wurden 43 = 38% als positiv befunden (16 männliche und 17 weibliche), von den 43 Positiven waren deutlich erkrankt und wurden als typhuskrank angesehen 36 (13 männliche und 23 weibliche). Vom Küchen- und Waschpersonal wurden 10 = 66,6% positiv befunden; von diesen 10 wurden 4 als deutlich typhuskrank angesehen.

Auf dem Staatsgut waren unter den 24 Erwachsenen 7 nach Widal positiv und wurden mit Rücksicht auf die sonstigen Erscheinungen als typhuskrank angesehen.

Unter den sonstigen Bewohnern der Anstalt, den Beamten mit ihren Familien, war nur der Anstaltsklempner (unverheiratet, Kostgänger III. Klasse) erkrankt. Also alle Ärzte, Geistlicher, Expeditions- und sonstige Beamte und Angestellte blieben verschont.

Nicht uninteressant waren noch einige Beobachtungen, die bei den Untersuchungen nach Widal, die sich übrigens über das ganze Jahr 1908 erstreckten, gemacht wurden.

So sah man häufig ein Anschwellen und langsamen Rückgang des Titers auch bei jenen Positiven, die nie deutlich typhuskrank gewesen sind; bei einer jugendlichen Hilfswärterin wurde nach Ablauf der ersten mittelschweren Typhuserkrankung ein deutlicher Rückgang des Titers festgestellt, dann aber nach einiger Zeit trat ein erneutes Ansteigen des Titers bei subjektivem völligen Wohlbefinden ein; fünf bis sechs Tage nach Feststellung der Zunahme der positiven Reaktion setzte ein sehr schweres Rezidiv ein. Zur Zeit (März 1909) sind abgesehen von Spuren keine positiven Reaktionen mehr festzustellen gewesen.

Auffallend war das verhältnismäßig gute Aussehen der allermeisten typhös Erkrankten; nur einige hatten gerötete Wangen und teilnahmlosen Gesichtsausdruck; heftige Kopfschmerzen wurden häufig geklagt; der Appetit war nicht bei allen gestört; Nasenbluten wurde öfter geklagt, dagegen sehr wenig Darmstörungen, namentlich während der ersten zwei Wochen. Verhältnismäßig recht selten wurden Roseolen gefunden, nur etwa bei 30 Patienten; natürlich ist nicht ausgeschlossen, daß bei der arbeitsreichen Zeit den Ärzten einige Fälle entgangen sind. Haarausfall wurde besonders bei den Frauen sehr häufig beobachtet.

Die Temperaturkurven waren zum allergrößten Teil recht wenig typisch; es wurden öfter Temperaturen über 41° C festgestellt, bei einer jugendlichen Hilfswärterin, die wieder genas, wurde durch den Arzt 42° C gemessen, andererseits wurden aber auch Temperaturen von 34° C festgestellt. Auch ein zweifelloser Fall mit fieberlosem Verlauf kam zur Beobachtung.

Milztumoren waren während der ersten Hälfte der Epidemie sehr selten nachzuweisen, dann mittelgroße; auf dem Sektionstische fiel wiederholt die mäßige Milzschwellung, aber auch die große Weichheit, das Matschige, Zerfließende der Milz auf. Die trockene Zunge war nur bei den schweren Fällen zu sehen; während der ersten drei Wochen mußte man unter den vielen Kranken nach einer solchen geradezu suchen. Ikterus kam wiederholt zur Beobachtung. (In der bei der Sektion aufgefangenen Galle wurden Typhusbazillen in großer Menge gefunden, übrigens auch in einem Falle in der Ventrikelflüssigkeit des Gehirns.) Meteorismus war äußerst selten zu konstatieren, deutlich nur in sieben Fällen. Charakteristische, erbsensuppenähnliche Typhusstühle waren auffallend selten zu sehen; im Anfange der Erkran-



kungen fand man wohl öfter dünne Stühle, dann aber häufig Obstipation, mitunter auch ganz normale Entleerungen. Darmblutungen kamen fünfmal, und zwar bei Frauen während der ersten Erkrankung, zur Beobachtung, gar nicht während der Rückfälle. Perforationen wurden nicht festgestellt. Die Krankheitsdauer schwankte zwischen 7 Tagen und 18 Wochen; und zwar lief der Typhus bei 18 Personen = 8,5% der in der Anstalt Erkrankten bereits innerhalb von 7 Tagen, bei 35 = 16,6% innerhalb von 14 Tagen ab, so daß von allen in der Anstalt Erkrankten 53 = 25% nur 14 Tage typhös krank waren; nach Ablauf von vier Wochen waren 121 = 57,4% genesen.

Als schwere Fälle waren bei den Männern 31 = 47,6%, bei den Frauen 53 = 43,4% oder 40% aller Erkrankten anzusehen; besonders schwer verliefen die Fälle, die das Pflege- und Wartepersonal betrafen.

Kalte Bäder, subkutane Kochsalzinfusionen und Digalen waren in manchen schweren Fällen von großem Nutzen.

Der Abortivform des Typhus sind wir hier gar nicht begegnet, wohl aber nicht selten, und zwar vorwiegend bei Frauen, dem Typhus levis oder levissimus mit seiner auffallend kurzen eigentlichen Krankheitsdauer, aber mit seiner schnellen Körpergewichtsabnahme und seiner mitunter sehr schleppenden Rekonvaleszenz. Auffallend war hier, daß ein Drittel von den Fällen, die Rezidive aufwiesen, dem Typhus levis angehörten, und daß diese Rezidive die eigentliche Krankheit deutlicher zeigten wie die erste Attacke. Nicht unwichtig ist, was Griesinger vor länger denn 50 Jahren über diese Fälle schrieb: „Ich behaupte entschieden die Zusammengehörigkeit dieser kurz dauernden und leichteren Prozesse, die besonders in größeren und kleineren Epidemien häufig sind, mit dem Typhus, und muß mich gegen die Auffassung aussprechen, welche dieselben wegen der kurzen Dauer für andere Krankheiten erklären will. Diese Frage ist nicht im geringsten müßig und doktrinär, sondern vielmehr von der größten praktischen Wichtigkeit; denn es könnte leicht sein, daß wie bei der Cholera auch durch diese leichtesten Fälle der Typhus weiter verbreitet wird; ich glaube, daß es nicht nur 8—16 tägige, sondern selbst 4—7 tägige derartige Prozesse wahrhaft typhöser Art gibt." Derartige Fälle werden natürlich dem Krankenhausarzte fast gar nicht zu Gesicht kommen, in der Praxis aber werden sie sehr selten diagnostiziert werden; indessen die Gefahr, die gerade sie für die Allgemeinheit bedeuten, ist doch nicht zu verkennen, und mancher ätiologisch zunächst unklare Fall dürfte durch sie seine Aufklärung finden.

Daß in unserer Anstalt mehr Frauen wie Männer (38,4% der anwesenden weiblichen gegen 28,2% der männlichen Personen) typhös erkrankten, dürfte wohl in der Eigenart der Verhältnisse begründet sein, da sich gerade unter den weiblichen Pfleglingen eine beträchtliche Zahl körperlich heruntergeführter, wenig widerstandsfähiger Personen befindet.

Unter den Geisteskranken war vorwiegend die Altersklasse zwischen 40 und 50 Jahren, unter den Nichtgeisteskranken die von 20 bis 30 betroffen, doch kamen deutliche Erkrankungen bei Personen von 16 bis zu 81 Jahren vor.

Rezidive kamen bei 24 Fällen (4 Männer und 20 Frauen) = 11,3% aller Typhuskranken zur Beobachtung; sie waren zumeist schwerer Natur, zeigten das Krankheitsbild deutlicher und eine längere Dauer wie die erste Krankheitsphase.

Das Rekonvaleszenzstadium bot nichts Außergewöhnliches; besonders trat die posttyphöse Appetitssteigerung in die Erscheinung.

Wesentlicher Einfluß auf den Verlauf der geistigen Störungen konnte nicht festgestellt werden; wohl sahen wir Verschlimmerungen im psychischen Zustande hier verpflegter Geisteskranker sowohl während der typhösen Erkrankung wie auch während der Rekonvaleszenz; die früher anderwärts gemachte Beobachtung, daß dem Überstehen von Typhus wesentliche Besserungen im Zustande chronischer Geisteskranker folgen, konnten wir trotz reichen Materiales nicht bestätigen. Anscheinend hat es sich übrigens bei verschiedenen in der Literatur angeführten Fällen von posttyphösen Besserungen um periodische Störungen gehandelt.

Die Mortalität war glücklicherweise eine recht geringe. Es starben infolge von Typhus im Gutsbezirke Großschweidnitz 10 Personen, 1 Mann und 9 Frauen = 4,1% aller deutlich Typhuskranken, und zwar 1 Pfleger, 1 Hilfswärterin und 8 geisteskranke Frauen. Von den Verstorbenen stand die Wärterin im 19., der Pfleger im 32. Jahre, zwei Geisteskranke standen im Alter zwischen 30 und 40, vier zwischen 40 und 50 Jahren, eine war 55 und eine war 60 Jahre alt. Alle acht waren chronische Kranke, die keine Aussicht auf wesentliche Besserung mehr darboten; drei von ihnen litten an Katatonie und waren bereits sehr niedergeführt, eine litt an Dementia paranoides, eine seit langen Jahren an hysterischem Irresein, eine an einem Depressionszustand mit geistiger Abschwächung (früher wahrschein-



lich manisch-melancholisch) und zwei befanden sich im vorgerückten Stadium der Paralyse.

Ist es schon bei vereinzelten Fällen von Typhus oder bei einer Kettenepidemie gerade in einer Irrenanstalt recht schwierig, geeignete Vorbeugungsmaßregeln zu treffen, so wachsen die Schwierigkeiten enorm, wenn es sich um einen explosiven Ausbruch des Typhus handelt und in wenigen Tagen die allermeisten Häuser der Anstalt Typhuskranke in größerer Zahl beherbergen. So aber war es in Großschweidnitz. Als die Diagnose Typhus feststand, handelte es sich um mindestens 150 Kranke beiderlei Geschlechts, die aber nicht nur in bezug auf die festgestellte Infektionskrankheit besonderer Rücksichtnahme bedurften, sondern die auch durch ihr recht verschiedenartiges psychisches Verhalten die Durchführung der notwendigen Maßnahmen wesentlich beeinflußten. Dazu kam, daß die Abteilung für Unruhige und die für Überwachungsbedürftige beider Geschlechter und aller Klassen überfüllt waren. Durch zahlreiche verwickelte Verschiebungen mußte es ermöglicht werden, ganze Häuser mit Typhuskranken zu füllen und einige andere typhusfrei zu machen. In den Häusern jedoch für Unruhige und Überwachungsbedürftige konnten die Abteilungen für Typhuskranke nicht immer scharf von den für nicht typhös Erkrankte abgegrenzt werden.

Besondere Schwierigkeiten entstanden aus der weiteren Forderung, das Typhuspflegepersonal von dem sonstigen Pflegepersonal streng zu trennen. Der Verkehr mit der Zentralküche, die durch Typhuserkrankungen mehrerer Küchenmädchen in ihrer Leistungsfähigkeit zeitweise geradezu bedroht war, war selbstverständlich auf das peinlichste geregelt und wurde eisern streng überwacht.

Die Absicht, alle Ausleerungen der Typhuskranken in Nachtstühlen aufzufangen und dort gehörig zu desinfizieren (Kalkmilch), wurde wesentlich beeinträchtigt durch das Verhalten so mancher Kranken, die sich weigerten, die Stühle zu benutzen; andererseits war es wieder schwierig, die in das Wasserklosett abgesetzten Entleerungen zu desinfizieren, da Kranke sofort nach der Benutzung des Klosetts die Wasserspülung in Betrieb setzten, wie sie es gewohnt waren. Meist jedoch gelang es, frische Kalkmilch auch im Klosett längere Zeit auf den Entleerungen stehen zu lassen. Natürlich war es nicht zu verhindern, daß bei der übergroßen Inanspruchnahme des durch die Krankheit selbst hart betroffenen, aber aufopfernd tätigen Pflegepersonals zu Unsauberkeit neigende geisteskranke Typhuskranke mit den Ausleerungen Unfug trieben, sich und die Umgebung besudelten und so die allgemeine Gefahr vergrößerten. Speisegeschirre wurden vor weiterer Verwendung mehrere Male mit Sodalösung gereinigt; die übrige Desinfektion von Personen, Sachen usw. war die übliche.

Die durch die biologische Kläranlage abgehenden Abwässer sind durch die Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege untersucht und, soweit uns bekannt, als unbedenklich befunden worden. Jedenfalls ist hier kein Fall von Typhus bachabwärts zur Kenntnis gekommen, der in Beziehung zum infizierten Bachwasser hätte gebracht werden können. Das aus der Kläranlage abfließende Abwasser ist keiner besonderen Desinfektion unterzogen worden.

Nach dem Erlöschen der gewaltigen Epidemie hat natürlich eine energische Schlußdesinfektion stattgefunden, die von neuem den Betrieb der Anstalt in recht störender Weise beeinträchtigte.

Die Aufnahmen von Kranken mußten seit Ausbruch der Epidemie, also seit Beginn 1908, eingestellt werden. Erst seit Mitte Juni sind wieder Frauen, seit Anfang August auch wieder Männer aufgenommen worden.

Bei den zu entlassenden Kranken, welche nach Widal negativ waren, wurden, wenn sie typhuskrank gewesen waren, mehrmalige Kotuntersuchungen vorgenommen; erst nachdem beide Untersuchungsarten negativ ausgefallen waren, wurde in die Entlassung gewilligt.

Es sind nun hier Maßregeln getroffen, um die erneute Einschleppung gerade des Typhus nach Möglichkeit zu verhindern. Zunächst ist das während der Epidemie eingerichtete, in einem besonderen Raume untergebrachte Laboratorium für Widaluntersuchungen beziehentlich für Vorbereitungen zu Kotuntersuchungen zu einer dauernden Einrichtung geworden. Hier werden Blutserumuntersuchungen nach Widal von jedem neu zugeführten Kranken gemacht; sollte ein solcher positiv reagieren, so werden sofort auch Kotproben auf Platten ausgestrichen, um sie umgehend an die Zentralstelle zu übersenden. Ferner werden nicht nur alle neueintretenden Küchenmädchen und Waschmädchen, sondern auch erneut jede Kranke, die in der Zuputze oder Küche helfen soll, vor Antritt der Arbeit auf Widal untersucht; ebenso neu eintretendes Pflegepersonal. Um in allen königlich sächsischen Anstalten über geeignete Hilfskräfte zur Anstellung solcher Untersuchungen zu verfügen, werden von jeder Anstalt zwei Ärzte in zweitägigen Unterweisungskursen, die in der Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege abgehalten werden, in der Widalschen Untersuchungsmethode unterwiesen werden. Außerdem sollen die Bezirksärzte des Aufnahmebezirks ersucht werden, der Anstaltsdirektion von den ihnen



bekannt gewordenen Fällen epidemischer Krankheiten, besonders des Typhus, Mitteilung zu machen.

Hier ist auch weiterhin die Anstaltsbevölkerung nach Erlöschen der Epidemie nach Widal durchmustert worden; eine Zeitlang fanden sich immer noch Positive, die wieder in besondere Räume zusammengelegt und wie Typhöse angesehen wurden. Allmählich sind, abgesehen von Spuren, alle Anwesenden negativ befunden worden; es konnte kein Bazillenträger oder Dauerausscheider hier ausfindig gemacht werden, bis jetzt*); freilich liegen bereits Erfahrungen vor, daß in den Ausscheidungen, im Stuhl lange Zeit keine Bazillen gefunden werden und der Untersuchte doch noch Typhusbazillen beherbergt. So wurde hier eine Hilfswärterin beobachtet, die im Beginn des Jahres einen schweren Typhus mit schwerem, langdauerndem Rezidiv überstand. Später im März wurde sie wegen Ikterus behandelt. Man nahm hier an, daß dieser in ursächlichem Zusammenhang mit dem überstandenen Typhus stehe. Ende April fiel die Untersuchung nach Widal negativ aus. Die Erscheinungen der Gallensteinerkrankung traten zurück bis auf einen episodischen dumpfen Schmerz in der Lebergegend. Nachdem sie Ende August die hiesige Stellung verlassen hatte, konsultierte sie einen Chirurgen, der ihr eine Gallenblasenoperation vorschlug. Zunächst wurde nochmals Serumuntersuchung nach Widal vorgenommen, die positives Resultat ergab; dagegen enthielten zwei in Zwischenräumen untersuchte Kotproben keine Typhusbazillen. Die Operation ergab einige Steine in der Gallenblase; in der vorsichtig aufgefangenen Gallenflüssigkeit aber wurden zahlreiche Typhusbazillen nachgewiesen. Wahrscheinlich würde die Betreffende ohne Operation eine Dauerausscheiderin geworden sein.

Bisher hatten wir also noch keine Veranlassung, der gerade für Irrenanstalten so überaus wichtigen und schwierigen Frage nach der Verwahrung und Unschädlichmachung der Dauerausscheider näher zu treten, die man ja bekanntlich in Bunzlau zu lösen bereits versucht hat.*) Aber die Widaluntersuchungen sollen fortgesetzt werden. Nach den neuesten Mitteilungen von Liefmann**) scheinen ja erfreulicherweise die Bazillenträger nicht so gefährlich zu sein, als man bisher annehmen zu müssen glaubte. Liefmann glaubt, daß die Bazillenträger in ihrer Gefährlichkeit hinter den Typhuskranken zurückstehen und hält ein energisches Vorgehen nur unter besonderen Verhältnissen für angezeigt, also z. B. wenn der Keimträger sich mit der Bereitung von Nahrungsmitteln beschäftigt oder wenn seine Wohnungsverhältnisse besonders ungünstige sind. Liefmann beschäftigt sich auch mit der wichtigen Frage der Unschädlichmachung der Keimträger; er gibt dabei sofort zu, daß dauernde Isolierung derselben meist unmöglich, daß Belehrung nicht selten erfolglos blieb, daß selbst die Exstirpation der Gallenblase keinen nachhaltigen Erfolg gewährleistet, da nachgewiesen worden ist, daß die Typhuskeime nicht nur in der Gallenblase, sondern auch in den übrigen Gallenwegen lebhaft zu wuchern vermögen. Liefmann schlägt vor, bei Keimträgern Versuche mit der Verabreichung der bulgarischen Sauermilch, dem sogenannten Yoghurt anzustellen; er hatte beobachtet, daß nach längerem Genuß von $^1/_3$ bis $^2/_3$ Liter des Mittels pro Tag die Typhuskeime aus dem Stuhl verschwanden; ob für die Dauer, das möchte nunmehr festgestellt werden.

*) Reichskommissar Schneider nimmt an, daß 3% aller Typhuskranken zu „Bazillenträgern" werden, Kayser sogar 5% und Park 6%. Münch. med. Wochenschr., 1909, Nr. 20.

*) Psychiatr.-neurolog. Wochenschrift, 1908, Nr. 5.

**) Münchener medizinische Wochenschrift, 1909, Nr. 20.

Ein gefälschtes psychiatrisches Gutachten.

Mitgeteilt von Dr. *Rixen* in Breslau.

Der Strafgefangene Karl Sch., welcher wegen Betruges im wiederholten Rückfalle in der Strafanstalt zu D. eine neunjährige Zuchthausstrafe verbüßte, wurde im Jahre 1906 zur Beobachtung seines Geisteszustandes der Irrenabteilung der Königlichen Strafanstalt zu Münster überwiesen. In dieser wurde festgestellt, daß Sch. an chronischer Paranoia litt, besonders traten bei ihm Beeinträchtigungsideen in rechtlicher Beziehung (Querulantenirresein) hervor. Sch. war längere Zeit Schreiber bei einem Rechtsanwalt gewesen und hatte sich einige juristische Kenntnisse angeeignet. Bei der Aufnahme fand sich unter den Papieren des Sch. ein angeblich von der Heil- und Pflege-Anstalt in W. erstattetes Gutachten; eine Abschrift desselben befand sich in den Akten der Staatsanwaltschaft. Das Gutachten trägt nach Inhalt und Form deutlich das Gepräge der Fälschung. Eine Anfrage bei der Direktion der Anstalt in W.



ergab, daß Sch. niemals in der Anstalt in W. gewesen war. Sch. selbst gab schließlich zu, daß er das Gutachten selbst verfaßt habe. Wie dasselbe in die Untersuchungsakten gelangt ist, konnte nicht festgestellt werden.

Das Gutachten lautete also:

W., den 5. August 1895.

Gutachten
der Heil- und Pflege-Anstalt in W.

Die psychologische Persönlichkeit Sch. entspricht durchaus dem, was man auch bei anderen seiner Kategorie angehörend findet: nicht eine ausgesprochene Geisteskrankheit, die ihn einem jeden Laien als irre kenntlich macht, davon kann keine Rede sein, aber sie ist durch und durch krankhaft. Er ist ein Abend(!)teurer von krankhafter Selbstüberschätzung, erfinderisch, utopistisch, verderbt und mitleidlos, und doch kein gewöhnlicher Verbrecher, dem um seines Vorteils willen oder aus gegründetem Haß jemanden schadet. Solche Menschen sind um gefährlicher, weil ihre Handlung (sic!) durch krankhafte Motive veranlaßt werden, ihnen gut oder gar befohlen erscheinen, und die drohende Gefahr gar keine Rolle spielt. Man wird es daher verstehen, daß auf derartige Charaktere wie Sch., die Furcht vor Strafe, sei es was es sei, keinen Eindruck macht. Der krankhafte Geist, der zu verbrecherischen Taten neigt, findet eben überall seine Nahrung, er entnimmt aus allem, was ihm begegnet, eine Stärkung für sein Vorhaben.

Sodann bin ich durch längere Beobachtung zur Überzeugung gekommen, daß Sch. Epileptiker ist, und auch zu Zeiten in einen Zustand vorübergehender Wahnvorstellung („Transitorische Manie") verfällt und es können in solchem Zustand mit komplizierte Taten vollbracht werden, als der (!) die jetzige Untersuchung bildende.

Ferner ist er schwächlicher Konstitution, mittlerem Ernährungszustande; seine Nervensysteme sind zerrüttet, sein Gemütszustand der denkbar erregteste, den man von einem sonst gesunden Menschen erwarten kann.

Ich betone daher auf die mir vorgelegte Frage:

War p. Sch. zur Zeit der Tat zurechnungsfähig oder nicht?

Klar und bestimmt:

Sch. hat sich bei Begehung der Tat in einem krankhaften Zustande befunden, welcher seine freie Willensbestimmung ausschloß. Selbst wenn das Gesetz eine verminderte Zurechnungsfähigkeit annehmen würde, so läge hier der Fall nicht vor, denn Sch. war bei Begehung der Tat völlig unzurechnungsfähig.

Dr K. Assistenzarzt. St. Direktor.

Mitteilungen.

— **Programm für den psychiatrischen Fortbildungskurs** vom 25. Oktober bis 13. November 1909 in München. 1. Alzheimer, Normale und pathologische Histologie der Hirnrinde, 20 Stunden. 2. Brodmann (Berlin), Topographische Histologie der Hirnrinde, 8 Stunden. 3. Isserlin, Psychodiagnostik und Psychotherapie, 6 Stunden. 4. Kattwinkel, Neurologische Demonstrationen, 15 Stunden. 5. Kraepelin, Klinische Demonstrationen, 8 Stunden. 6. Kraepelin, Klinische Experimentalpsychologie, 6 Stunden. 7. Liepmann (Berlin), Aphasie, Apraxie und Agnosie, 10 Stunden. 8. Plaut, Serodiagnostik und Zytodiagnostik, 6 Stunden. 9. Rüdin, Tatsachen und Probleme der Entartung, 6 Stunden. 10. Rüdin, Forensische Demonstrationen, 6 Stunden. 11. Weiler, Physikalische-klinische Diagnostik, 8 Stunden. — Besichtigung der Klinik, der Anstalten Eglfing und Gabersee. Die Vorlesungen finden in der psychiatrischen Klinik statt und beginnen am 25. Oktober vormittags 9 Uhr. Honorar 60 M. Weitere Auskünfte erteilt Dr. Alzheimer, psychiatrische Klinik, Nußbaumstraße 7.

Referate.

— Dr. H. Much gemeinschaftlich mit Dr. W. Holtzmann: Eine Reaktion im Blute von Geisteskranken. Vorläufige Mitteilung. Münch. med. Wochenschrift, 1909, 18. Mai, Nr. 20.

Die Verf. beschreiben eine Reaktion, die sie „bisher nur im Blute von Leuten gefunden, die entweder selbst an Dementia praecox oder manisch depressivem Irresein litten oder aber aus einer Familie stammten, in der eine der beiden Krankheiten herrschte, neuerdings auch bei Epilepsie, sobald diese mit zirkulären Gemütsaffektionen vergesellschaftet ist." Die Reaktion besteht darin, daß gewaschene Menschenblutkörperchen durch Kobragift nicht gelöst werden bei Zusatz von Serum, das von solchen Kranken stammt. Bei Zusatz von Serum gesunder oder nicht an einer dieser Affektionen leidenden Menschen findet diese Lösung statt. Das Verfahren muß im Original selbst nachgelesen werden. Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox können nach den bisherigen Erfahrungen der beiden Autoren, wie sie selbst angeben, nicht auseinander gehalten werden, dagegen scheine es, soweit sie aus



ihren jetzigen Untersuchungen schließen könnten, daß beide Krankheiten von anderen ähnlichen Erkrankungen (Neurasthenie, Hysterie, Imbezillität, Idiotie, präsenile Demenz, Paralyse u. a.) durch die Reaktion scharf getrennt werden können. Nach den bisherigen Untersuchungen der Verfasser kommt diese „Psychoreaktion" in 100% der Fälle von zirkulärem Irresein und Dementia praecox in dem streng begrenzten „klassischen" Sinne (Kraepelin) vor.

Der Umstand, daß (nach den bisherigen Erfahrungen) zwei so sehr verschiedene Krankheitsformen wie die Dementia praecox und das zirkuläre Irresein durch die Reaktion nicht auseinander gehalten werden können, dagegen „beide Krankheiten von anderen ähnlichen Erkrankungen" scharf getrennt werden können, sowie die Wahl der so expansiven Bezeichnung „Psychoreaktion" machen skeptisch und anderweitige Nachprüfungen erforderlich, die bei der Wichtigkeit der Sache nicht lange auf sich warten lassen dürften, jedenfalls dringend erwünscht sind.

Bresler.

— Berliner, Dr. Kurt, Assistenzarzt: Akute Psychosen nach Gehirnerschütterung. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Prof. Sommer-Gießen, III. Bd., 4. Heft. 49 S.

Verfasser beschreibt zwei Fälle akut traumatischer Psychosen. 1. Ein 56 jähriger lediger Landwirt mit Heredität fiel aus einer Höhe von 3 m mit dem Hinterkopf auf den harten Boden der Tenne. Zehntägiges Coma, Verwirrtheit, Apathie, Schlaflosigkeit, nächtliche Erregungszustände, Aufschreien waren die Folge. Mehrfach wiederholte Explorationen nach dem Sommerschen Schema wiesen Desorientiertheit, Erinnerungslücken, herabgesetzte Merkfähigkeit, Konfabulationen nach. Unter allmählichem Nachlaß der Symptome schwand nach etwa einem Monat die Desorientiertheit, während die Merkstörung noch länger weiterbestand.

2. 55 jähriger verheirateter Landwirt ohne Heredität — Sturz aus 2 m Höhe auf Hinterkopf —; Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Blutaustritt aus Ohr; drei Wochen schwer benommen, nachts verwirrt, tätlich gegen Angehörige. In der Klinik delirante Verwirrtheit, Erinnerungsfälschungen, Konfabulationen, Personenverkennung, illusionäre Umdeutung im Sinne der imaginären Situation, hochgradig gestörte Merkfähigkeit, Fortdrängen. Drei Monate nach dem Unfall Beruhigung. Im vierten plötzlich epileptische Krämpfe und Exitus. Die Sektion ergab u. a. Verwachsungen der Hirnhäute mit der Hirnoberfläche, besonders im Stirn- und Schläfenlappen und Kleinhirn, und Fraktura cranii quer durch die hintere Schädelgrube. Mikroskopisch fanden sich im betr. Nervengewebe u. a. kleine Zysten (Etat criblé). Sechs Mikrophotographien dienen zur Erläuterung des histologischen Befunds. Ref. V. Vogel-Großschweidnitz.

— Festschrift zum 25 jährigen Jubiläum des Direktors Dr. med. Th. Tiling von den Ärzten der städtischen Irren-Heil- und Pflegeanstalt Rothenberg. Riga.

Dr. P. Baron Lieven bringt zum Beginne eine Geschichte der Anstalt in den letzten 25 Jahren, ihrer mannigfachen Erweiterungen und Verbesserungen, und schließt daran eine Übersicht aller der Ärzte, die dort tätig waren. Recht interessant sind die Notizen über das Verhalten des Pflegepersonals während der revolutionären Wirren. Es wird lobend anerkannt, daß die Mehrheit sich besonnen verhielt und daß keine Ausschreitungen und Betriebsstörungen in der Anstalt vorkamen.

Dr. Ernst Hollander stellt eine medizinische Statistik über die letzten elf Jahre auf. Die durchschnittliche tägliche Belegungsziffer vergrößerte sich von 370 auf gegen 400.

Dr. Julius Schröders Beitrag sind zwei klinische Arbeiten: „Die Anwendung gefäßerweiternder Mittel bei den Schmerzen der Manisch-Depressiven", deren Inhalt in folgenden Sätzen zusammengefaßt wird: 1. Schmerzanfälle, die mehr oder weniger ausgesprochen sind, treten bei den meisten an manisch-depressivem Irresein leidenden Patienten auf. 2. Die Merkmale der Schmerzen (der Sitz, das Wechseln, Füreinanderauftreten usw.) und der Einfluß gefäßerweiternder Mittel (Natrium nitrosum und Nitroglyzerin) kennzeichnen sie als Gefäßschmerzen. 3. Es ist auf Grund der Untersuchungen Pals anzunehmen, daß die Schmerzen, gelegentliche transitorische Aphasiesymptome, epileptiforme Anfälle und die sekundäre Arteriosklerose der Manisch-Depressiven Glieder einer kausal verbundenen Kette von Erscheinungen sind.

Die zweite Arbeit Schröders behandelt die Frage der Kombination von Psychosen und Morbus Basedowii. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß innerhalb der Dementia praecox-Gruppe jegliche Übereinstimmung zwischen dem Verlaufe von Psychose und Neurose fehlt, daß jedoch innerhalb der manisch-depressiven Gruppe ein deutlicher Parallelismus herrscht.

Der Festschrift sind Abbildungen von Anstaltsgebäuden, Grundrisse und ein Lageplan beigefügt.

— Kreisarzt Med.-Rat Dr. R. Gottschalk: Grundriß der gerichtlichen Medizin (einschließlich Unfall- und Invalidenversicherung) für Ärzte und Juristen. 3. Aufl. Georg Thieme, Leipzig, 1909.

Das Werkchen ist bestimmt, ein Vademekum für Gerichtsärzte und Richter zu sein. Die gesamte gerichtliche Medizin mit Ausnahme der Psychiatrie wird kurz, aber erschöpfend dargestellt. Auch für den praktischen Arzt recht wichtig sind die Abschnitte über die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der Unfallfürsorge und der Invalidenversicherung. Das Buch eignet sich auch gut für Kandidaten des Kreisarztexamens zur Einführung in das Studium der gerichtlichen Medizin und als Repetitorium.

— Karl Pearson. Professor am University College, London: Über Zweck und Bedeutung einer nationalen Rassenhygiene (National-Eugenik) für den Staat. B. G. Teubner, Leipzig und Berlin.

Verf. weist darauf hin, daß die Wissenschaft den Vererbungsbedingungen guter und schlechter Eigenschaften beim Menschen bisher noch wenig Beachtung geschenkt hat. Eine besondere Wissenschaft müsse



lehren, wie man im Interesse der Nation ein besseres, gesünderes Geschlecht heranzüchten könne. Das ist die Aufgabe der Rassenhygiene (Eugenik), für die Verf. an den Universitäten besondere Lehrstühle fordert. Früher reinigte sich die Rasse von selbst, indem die zur Fortpflanzung Untauglichen z. B. die Geisteskranken durch mangelnde Fürsorge frühe untergingen. Dieser Selbstreinigung wirkt die hohe Zivilisation mit ihren menschenfreundlichen Einrichtungen entgegen. Dazu kommt, daß die Untauglichen sich meistens zahlreicher fortpflanzen als die Tüchtigen. So droht die Gefahr, daß die Rasse dauernd minderwertiger wird. Deshalb ist die eugenische Wissenschaft dringend notwendig, erstens um eine Kenntnis der Vererbung, der Variation, Auslese und Fruchtbarkeit beim Menschen und der Beziehungen der Ergebnisse zur Tüchtigkeit der Rasse zu bringen. Zweitens hat die Eugenik unsere Anschauungen über das geschlechtliche Leben zu reformieren. Die sozial Brauchbaren müßten zur reichlichen Fortpflanzung angehalten werden, wie dies z. B. der religiöse Kult der Juden und Japaner vorschreibt. Die Unbrauchbaren aber müßten an der Vermehrung gehindert werden. Alle Formen sentimentaler Wohltätigkeit, die der Rasse schädlich sind, sollten verboten werden.

Fritz Hoppe.

— Beyer, Dr. Ernst, Roderbirken bei Leichlingen: Behandlung und Verhütung der nicht-traumatischen Rentenneurosen. Münchener Med. Wochenschrift, Nr. 4, 1909.

Die nicht-traumatischen Rentenneurosen sind nur klinisch vollständig identisch mit den nach einem Unfall entstandenen, praktisch bestehen Verschiedenheiten. Den Vorschlägen von Hoche und Windscheid (Kapitalabfindung — Erziehung zur Arbeit — Nachweis von Erwerbsgelegenheit) stellt Beyer gegenüber: Verbesserung im Rentenverfahren, — Einführung einer zweiten Untersuchung durch einen eigens vorgebildeten Versicherungsarzt in allen Fällen, — frühzeitige Einweisung der geeigneten Kranken in eine im Dienste der Versicherungsanstalt stehende Nervenheilstätte.

Ref. V. Vogel - Großschweidnitz.

Dr. E. Pflanz - Marienbad, Aus der Jubiläumsfestschrift des Marienbader Aerztevereins aus Anlaß der Hundertjahrfeier Marienbads (vgl. die Festnummer 32 der Prager medizinischen Wochenschrift vom 6. August 1908): **„Zur Diagnose und Therapie der spastischen Obstipation“** (Prager medizinische Wochenschrift, Nr. 50, 1908).

„Wenn auch zugegeben werden muß, daß die Fälle von spastischer Obstipation gegenüber den sogenannten atonischen Formen relativ selten sind, so scheinen sie doch anderseits öfter vorzukommen, als man im allgemeinen annimmt.

Nun bietet die Diagnose einer spastischen Obstipation allerdings oft recht große Schwierigkeiten und kann, auch wenn die Aufmerksamkeit von vornherein darauf gerichtet ist, manchmal nur mit Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Die Beschwerden der spastisch Obstipierten zeigen oft nichts Typisches und sind häufig ganz geringfügig, da Meteorismus gewöhnlich fehlt. Von objektiven Symptomen ist der Nachweis kontrahierter Darmpartien vom Abdomen aus und der eines Sphinkterspasmus wichtig, nur erschwert bei den stark vertretenen Neurasthenikern die auch auf leichten Druck erfolgende brettharte Spannung der Bauchdecken die Palpation ungemein, während ein dicker Panniculus adiposus sie fast unmöglich macht.

Bei der Behandlung der spastischen Obstipation ist vor allem die Diät in der Weise einzurichten, daß alle Nahrungs- und Genußmittel vermieden werden, welche die Peristaltik stärker anregen, da diese einen bestehenden Enterospasmus noch steigern.

Es sind somit die Gewürze und Säuren und die schlackenreichen, zelluloschaltigen Stoffe einzuschränken. Anderseits wird man natürlich auch die erfahrungsgemäß stopfenden Speisen und Getränke wie Kartoffeln, Reis, Kakao, Schokolade, Rotwein etc. streichen, ev. auch die Milch.

Um den abnormen Kontraktionszustand der Dickdarmmuskulatur und der Sphinkteren auf direktem Wege zu beeinflussen, kommt Atropin in Anwendung; da aber die größeren, erst wirksamen Dosen von Atropinum sulfuricum leicht Intoxikationserscheinungen hervorrufen, so sind die neueren Atropinpräparate: das A. methylobromatum und das Eumydrin (Bayer & Co.) entschieden vorzuziehen, indem bei diesen die unerwünschte erregende Wirkung auf das Zentralnervensystem bedeutend herabgesetzt ist, während der sedative Einfluß auf die glatte Muskulatur voll zur Geltung kommt. Besonders das Eumydrin scheint sich zu bewähren, da es in der üblichen Dosis von 3 mg pro die kaum Nebenerscheinungen macht und auch bei starker Ueberschreitung dieser Dosis schwere Intoxikationserscheinungen vermissen ließ.

Es empfiehlt sich, das Eumydrin in 1‰er wässeriger Lösung, ohne Zusatz, zu verordnen und mit 20 Tropfen 3 mal täglich zu beginnen. Die Tropfenform ist deshalb angezeigt, damit die Dosis später ganz allmählich restringiert werden kann.

Es gelingt nun in einer Reihe von Fällen ohne weiteres, durch eines der genannten Mittel allein eine Defäkation zu erzielen und durch Fortsetzung der Medikation in regelmäßiger Folge zu erhalten.

Je länger die Fäzes im Dickdarm verweilen, desto mehr wird von ihrem Wasser resorbiert, um so trockener, volumsärmer werden sie. Es handelt sich also in diesen Fällen darum, den Darminhalt zu verflüssigen, und das geschieht am sichersten durch Einführung von Mittelsalzen. Unter den Mittelsalzen eignet sich das Natriumsulfat ganz besonders zu dem angeführten Zweck. Diese Eigenschaft der salinischen Abführmittel, den Kot zu verflüssigen ohne die Peristaltik stark anzuregen, gibt uns — und darauf scheint noch nicht hingewiesen zu sein — ein vorzügliches Mittel an die Hand, durch eine systematische Steigerung der Sulfatwirkung unter gleichzeitiger methodischer Anwendung eines Antispasmotikums (Eumydrin) die Neigung zum Enterospasmus wirksam zu bekämpfen und zu beheben und damit eine Dauerheilung zu erzielen.

Durch eine vorsichtig ansteigende Zufuhr von Sulfaten wird die bei geringen Salzmengen kaum angedeutete Reizwirkung auf den Darm ganz allmählich gesteigert, dabei tritt unter anfänglich gleichbleibendem, später ganz langsam fallendem Atropingebrauch eine stetige Erhöhung der Reizschwelle, eine Gewöhnung an immer stärkere Anregungen ein, der Darm gewinnt somit die Fähigkeit zurück, auf Reize, wenigstens solche, die vom Darminhalt ausgehen, wieder in normaler, physiologischer Weise zu reagieren.“

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 11. 5. Juni **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Fürsorge für kriminelle Geisteskranke. Von Dr. Peter Rixen, leitender Arzt der Irrenabteilung des Königl. Strafgefängnisses in Breslau. (S. 97). — Mitteilungen (S. 102): Der Strafvollzug an Geistigminderwertigen in Preußen. „Zur Frage der Psychoreaktion". — Referate (S. 103). — Personalnachrichten (S. 104.)

Fürsorge für kriminelle Geisteskranke.

Von Dr. *Peter Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung des Königlichen Strafgefängnisses in Breslau.

Bei den innigen Beziehungen, welche zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen bestehen, erscheint es nicht auffällig, daß es in den Gefangenenanstalten zahlreiche geistig minderwertige, psychopathische Persönlichkeiten gibt, bei denen durch die Strafhaft Geisteskrankheiten ausgelöst werden. Es ist bemerkenswert, daß gewisse Formen psychischer Erkrankung, das manisch-depressive Irresein, die progressive Paralyse, die Dementia senilis relativ selten in Gefangenenanstalten auftreten und, wenn sie vorkommen, einen Verlauf nehmen, der von den Psychosen dieser Art, die in der Freiheit entstehen, sich nicht wesentlich unterscheidet. Anders liegen die Verhältnisse bei den degenerativen Psychosen der Strafhaft. Diese tragen, wie Rüdin, Siefert und Bonhoeffer nachgewiesen haben, ein spezifisches Gepräge, „den Haftkomplex" (Rüdin); sie entwickeln sich auf dem Boden der Degeneration und werden ausgelöst durch äußere Schädigungen, die in der Strafvollstreckung liegen. Wer Gelegenheit hat, viele während der Strafhaft auftretende akute Geistesstörungen zu beobachten, dem fällt die Einförmigkeit und die Gleichartigkeit der Krankheitserscheinungen auf. Das Krankheitsbild wird im wesentlichen durch Beeinträchtigungswahnvorstellungen und darauf sich beziehende Sinnestäuschungen beherrscht. Der Gefangene fällt schon seit längerer Zeit durch sein verschlossenes, unzugängliches, mißtrauisches Wesen auf. Er schläft schlecht, klagt über Kopfdruck, Unruhe und Angstempfindungen, nimmt wenig Nahrung, glaubt, der Aufseher habe es gerade auf ihn abgesehen. Das Verhalten der Strafanstaltsbeamten kommt ihm so merkwürdig vor, es müsse etwas Besonderes gegen ihn im Werke sein, der Geistliche macht auf der Kanzel Bemerkungen und Anspielungen, die gerade auf ihn gemünzt sind, die Aufseher unterhalten sich vor seiner Zelle über ihn, er glaubt zu bemerken, daß das Essen anders schmeckt, daß er an Körpergewicht abnimmt, daß Urin und Stuhlgang andere Farbe und Geruch angenommen haben, daß in der Zelle manchmal ein eigenartiger durchdringender Geruch vorhanden ist, daß die anderen Gefangenen ihm so merkwürdige Blicke zuwerfen, über ihn lachen, spotten; er empfindet an seinem Körper ein eigenartiges Kribbeln, Jucken, Stechen und Reißen, nimmt an, daß durch elektrische Apparate, die die Aufseher in ihren Taschen tragen, auf ihn eingewirkt werde. Er denkt über seine Straftat nach, findet, daß die Zeugen beeinflußt worden sind, daß der Staatsanwalt ihn vernichten wolle, legt sich die Verfolgung durch die Aufseher und die Strafanstaltsbeamten so zurecht, daß dieselben im Auftrage der Staatsanwaltschaft geschähen. Er wird still, mißmutig, verdrossen, in sich gekehrt, grübelt über sein Vorleben nach und findet in diesem manche auffällige Erscheinung und Begebenheit; eine gewaltige innere Spannung sammelt sich unter dem Zwange derartiger Beeinträchtigungsvorstellungen an. Bleibt der Gefangene noch weiter denselben Schädigungen — besonders der Einzelhaft — ausgesetzt, so wächst die Spannung noch weiter und kommt schließlich unter enormer motorischer Erregung zur Entladung. Er schlägt in seiner Zelle alles, was er erreichen kann, kurz und klein, schreit, lärmt, wütet sinnlos, greift Aufseher und Beamte an und kann nur mit größter Mühe überwältigt werden. Das ist der sogen. Zuchthausknall, die gewaltsame Entladung von unerträglicher, drückender, qualvoller innerer Spannung.

Beobachten wir den akut erkrankten Strafgefangenen in einem Lazarett oder einer Irrenabteilung einer Gefangenenanstalt weiter, so finden wir die auf-



fällige Tatsache, daß in dem Befinden des Kranken nach kurzer Zeit eine wesentliche Besserung eintritt. Die akuten Erscheinungen treten auffallend rasch zurück, vielfach sind dieselben mit der Versetzung in eine andere Umgebung wie abgeschnitten. Das Allgemeinbefinden hebt sich, der Schlaf und die Nahrungsaufnahme bessert sich, Angst und Unruhe schwinden, die Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungswahnvorstellungen treten nicht mehr so stark hervor. Das eigenartige Gepräge, der besondere Einschlag, den die Strafhaft der psychischen Erkrankung gibt, der Haftkomplex schwindet und es bleibt die Psychose, welcher der Haftkomplex aufgepfropft war. Als Grundkrankheiten, auf denen die akuten Geistesstörungen der Strafhaft erwachsen, kommen hauptsächlich drei Formen psychischer Erkrankung in Betracht: Der angeborene Schwachsinn, die Hysterie und das Jugendirresein.

Die Kenntnis der eigenartigen psychischen Störungen, die in der Strafhaft auftreten, ist für den Strafanstaltsarzt ein unbedingtes Erfordernis. Die Prophylaxe findet selten so günstige Bedingungen wie unter den Verhältnissen, wie sie eine Gefangenenanstalt darbietet. Der Arzt erhält dort Kenntnis von auffälligen Veränderungen in dem Wesen der Gefangenen, es bietet sich ihm die Gelegenheit, den Gefangenen ständig zu beobachten. Wenn trotzdem geistige Erkrankungen in den Strafanstalten noch häufig verkannt werden, so ist der Grund dafür in der mangelhaften psychiatrischen Ausbildung der Anstaltsärzte zu suchen. Es besteht noch immer nicht nur unter den Verwaltungsbeamten der Strafanstalten, sondern auch unter den Geistlichen und Ärzten ein außerordentliches Mißtrauen, wenn sich bei einem Gefangenen psychische Krankheitserscheinungen zeigen. Zunächst wird fast immer angenommen, daß eine Simulation vorliegt. Wenn dann Beeinflussung auf gütlichem Wege und durch Disziplinarmittel völlig versagt, wenn die Krankheit so auffällige Erscheinungen zeitigt, daß sie auch dem Laien nicht verborgen bleiben können, erst dann bricht sich die Ansicht Bahn, daß der Gefangene wirklich geisteskrank ist. Erst tritt immer wieder und wieder das Gespenst der Simulation auf. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß die bewußte Vortäuschung einzelner Krankheitssymptome vorkommt; daß aber systematisch und monatelang psychische Erkrankungen simuliert werden, ist selten, jedenfalls viel seltener als die Verkennungen von Geistesstörungen. Ich meine auch, daß die Art und Weise, wie die Simulation geistiger Erkrankung begründet wird, vielfach der Berechtigung entbehrt. Warum denn immer zuerst Simulation annehmen und Krankheit ausschließen? Warum nicht zuerst Krankheit annehmen und Simulation ausschließen? Der letztere Gedankengang scheint mir entschieden richtiger und, was die Verhütung geistiger Erkrankung, die Prophylaxe, betrifft, weit zweckmäßiger und ratsamer zu sein, denn die Erfahrung hat gelehrt, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle tatsächlich Geistesstörungen vorhanden sind, die Erfahrung hat auch gerade bei den Psychosen der Strafhaft gezeigt, daß die Prognose um so günstiger ist, je rascher der Erkrankte aus dem ungünstigen Milieu in das Lazarett bezw. die Irrenabteilung der Strafanstalt gebracht wird.

Das erste Erfordernis ist deshalb die rechtzeitige Erkennung der geistigen Erkrankung, und zu diesem Zwecke ist eine eingehende psychiatrische Vorbildung der Anstaltsärzte an den Gefangenenanstalten unbedingt notwendig. Damit diese sich auch eingehender den Gefangenen widmen können und nicht durch Privatpraxis allzusehr in Anspruch genommen werden, ist weiter eine bessere Besoldung und feste Anstellung mit Beamtenqualifikation zu verlangen.

Daß nächst den ausgesprochenen geisteskranken Gefangenen die geistig minderwertigen der besonderen Fürsorge und Obhut des Arztes bedürfen, bedarf keiner weiteren Begründung. Die geistige Minderwertigkeit ist die Wurzel, auf welcher die Geisteskrankheiten der Strafhaft zum weitaus größten Teil erwachsen. Bei der Zuweisung der Art der Beschäftigung und der Festsetzung des Tagespensums, der Isolierhaft, bei disziplinarischen Bestrafungen muß der Arzt gehört werden. Machen sich bei dem geistig minderwertigen Gefangenen erhebliche psychische Störungen bemerkbar, so hat der Anstaltsarzt für sachgemäße Behandlung und Pflege im Anstaltslazarett oder für Überweisung in eine Irrenabteilung Sorge zu tragen. Die Frage, ob der Gefangene in Isolierhaft oder in Gemeinschaftshaft gebracht und in welcher Weise derselbe beschäftigt werden soll, muß Gegenstand besonderer Erwägung des Arztes sein. Derselbe darf jedoch nicht außer Betracht lassen, daß auch nichtärztliche Gesichtspunkte von Bedeutung für die Entscheidung dieser Frage sind. Es ist nicht zu verkennen, daß die Gemeinschaftshaft eine Brutstätte des Gewohnheitsverbrechertums ist, und da gerade der geistig Minderwertige wegen seiner Willensschwäche außerordentlich leicht zu beeinflussen ist, wird er in gemeinschaftlicher Haft am ehesten dem Gewohnheitsverbrechertum in die Arme getrieben. Die Frage, ob der geistig minderwertige Gefangene in Einzelhaft oder in gemeinsamer Haft unterzubringen ist, ist nicht allgemein zu entscheiden, sondern muß von Fall zu



Fall unter Berücksichtigung der geistigen und körperlichen Beschaffenheit des Gefangenen, seines Vorlebens und seiner kriminellen Artung entschieden werden. Es ist daher nicht richtig, zu verlangen, daß der geistig Minderwertige unter allen Umständen nur in gemeinschaftlicher Haft gehalten werden kann; viele geistig minderwertige Strafgefangene, die ständig querulieren, zum Hetzen und Intrigieren stets und ständig geneigt sind, sind vielmehr am besten in Einzelhaft untergebracht.

Gewisse Psychopathen eignen sich allerdings nicht für die Isolierhaft und sind auch in Gemeinschaftshaft in den bestehenden Gefangenenanstalten nur sehr schwer zu halten. Sie leiden körperlich und vor allem auch psychisch viel schwerer unter der Strafe als der Durchschnitt der Inhaftierten, sie magern ab, haben keinen Appetit, leiden an Magen- und Darmstörungen, schlafen unruhig, werden ängstlich und zeigen nervöse und psychische Störungen mannigfacher Art. Für diese geistig minderwertigen Strafgefangenen werden zweckmäßig besondere Abteilungen an größeren Gefängnissen errichtet. Die Strafe soll nicht vernichten und zugrunde richten, sie soll dem Verurteilten in ernster Weise die Autorität des Staates vorhalten, sie soll ihn sittlich heben und läutern, muß aber auf jeden Fall Schädigungen vermeiden, die außerhalb des Strafzwecks liegen und den Verurteilten körperlich oder geistig so treffen, daß seine Gesundheit und sein Dasein in Frage gestellt oder gänzlich vernichtet werden. Es erscheint mir am zweckmäßigsten, derartige Gefangene in besonderen Abteilungen für geistig Minderwertige unterzubringen und sie vorzugsweise mit landwirtschaftlichen Arbeiten zu beschäftigen. Die Verwaltung der dem preußischen Ministerium des Innern unterstellten Gefangenenanstalten hat in Aussicht genommen, an zwei größeren, in ländlichen Bezirken liegenden Strafanstalten solche Adnexe für geistig minderwertige Strafgefangene zu errichten.

Was nun die Behandlung derjenigen Strafgefangenen betrifft, die in Geisteskrankheit verfallen, so handelt es sich zunächst darum, dieselben schleunigst aus dem die geistige Erkrankung unzweifelhaft ungünstig beeinflussenden Milieu der Gefangenenanstalt zu entfernen. Das preußische Verfahren der baldigen Überführung der geisteskranken Gefangenen in Irrenabteilungen, die Gefangenenanstalten angegliedert sind, hat sich meines Erachtens durchaus bewährt. Diese Irrenabteilungen, die an den Zuchthäusern in Berlin-Moabit, Münster und Graudenz, sowie an den Gefängnissen in Breslau, Cöln und Halle bestehen, sollen allerdings in erster Linie Beobachtungsstationen und erst in zweiter Linie Heilanstalten sein. Ihre Errichtung basierte auf der falschen Voraussetzung von der Häufigkeit der Simulation in Gefängnissen und Zuchthäusern. Die Erfahrung hat nun gezeigt, daß Simulation während der Strafhaft so verschwindend selten ist, daß sie praktisch gar nicht in Betracht kommt. Ich weise nur darauf hin, daß Bonhoeffer nach einer prozentualen Zusammenstellung über seine an der Breslauer Irrenabteilung an 225 Gefangenen gemachten Erfahrungen die Simulation mit 0,5% angibt. Die Irrenabteilung hat vielmehr die Aufgabe, festzustellen, welche Art psychischer Erkrankung vorliegt, ob dieselbe heilbar oder unheilbar ist. Unheilbare Psychosen sind möglichst bald in Irrenanstalten zu überführen. Die an vorübergehenden Psychosen leidenden Gefangenen sind entsprechend zu behandeln und nach ihrer Genesung bezw. Besserung wieder dem geordneten Strafvollzuge zu übergeben. Ich kann der Ansicht Aschaffenburgs nicht beistimmen, daß „die zu enge räumliche und administrative Beziehung zu den Strafanstalten eine Schattenseite der Irrenabteilung darstellt". Aschaffenburg begründet diese Anschauung mit folgenden Darlegungen:

„Dadurch haftet den Anstalten der Geist des Strafvollzuges an, und der ist für die Behandlung der Kranken zweifellos so ungeeignet wie nur möglich. Auch die Beobachtungsmöglichkeit wird dadurch beeinträchtigt. .... Das Pflegepersonal untersteht zu sehr dem Einfluß der Anstaltsleitung, als daß es sich von dem in den Strafanstalten wuchernden Verdachte freihalten könnte, hinter jedem auffälligen Symptom Simulation zu vermuten. All das erschwert die Beobachtungsmöglichkeit im Verein mit der sich regelmäßig wiederholenden Erfahrung, daß sich die Kranken in einer derartigen Umgebung viel weniger unbefangen geben wie in Irrenanstalten."

Nach meinen Erfahrungen ist diese Anschauung Aschaffenburgs nicht berechtigt. Mir sind Schwierigkeiten und Hindernisse in der von Aschaffenburg angegebenen Richtung niemals begegnet. Vielmehr wurde ärztlichen Wünschen und Anregungen von den Anstaltsleitern in weitgehender Weise Rechnung getragen; nicht wenige Direktoren an den preußischen Strafanstalten zeigen großes Interesse und Verständnis für psychiatrische Fragen. Auch habe ich nicht gefunden, daß das Pflegepersonal der Irrenabteilungen „zu sehr dem Einfluß der Strafanstaltsleitung untersteht und hinter jedem auffälligen Symptom Simulation vermutet." Im Gegensatz zu dem Pflegepersonal der Irrenanstalten ist unter den Aufsehern der Irrenabteilungen fast gar kein Wechsel, sie bleiben jahrelang im Dienst, behandeln nach



meinen Erfahrungen die Kranken durchaus human und freundlich und zeigen auch nicht die Neigung, in auffälligen Krankheitserscheinungen gleich Simulation anzunehmen.

Etwa ein Drittel der Kranken werden in den Irrenabteilungen soweit wieder hergestellt, daß sie ihre Strafe weiter verbüßen können, zwei Drittel derselben leiden an geistigen Störungen, die sie für absehbare Zeit oder dauernd ungeeignet zur Strafvollstreckung machen. Wohin nun mit diesen, wenn die Beobachtung in den Irrenabteilungen, die in der Regel nicht über sechs Monate, höchstens aber ein Jahr dauern soll, abgeschlossen ist?

Damit sind wir an dem wichtigsten Problem, der Frage der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher angelangt. Seit Damerow zieht sich die Erörterung dieser Frage unausgesetzt durch die psychiatrische Literatur.

Man hat bekanntlich auf dreifache Weise eine Lösung dieses schwierigen Problems theoretisch erörtert und praktisch versucht.

In Preußen wird der Gefangene, bei dem in einer Strafanstaltsirrenabteilung Geisteskrankheit und Strafvollzugsunfähigkeit für absehbare Zeit festgestellt worden ist, aus der Strafhaft entlassen und in eine öffentliche, Provinzial- oder städtische Irrenanstalt gebracht. Die Strafvollstreckung ruht während des Aufenthaltes in der Irrenanstalt, und dieser wird deshalb auf die Strafzeit nicht in Anrechnung gebracht. Ich habe in mehreren Aufsätzen dargelegt, daß die Nichtanrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit ungesetzlich ist und direkt gegen die Vorschrift des § 493 StPO. verstößt. Es ist deshalb vor allem auch für die neue deutsche Strafprozeßordnung eine gesetzliche Bestimmung zu fordern, die die Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit klar und unzweideutig festlegt und eine Unterbrechung der Strafhaft bei Verfall eines Gefangenen in Geisteskrankheit ganz unmöglich macht. Es ist eine Forderung der Gerechtigkeit, Billigkeit und Menschlichkeit, daß der Geisteskranke dem körperlich Kranken auch hierin völlig gleichgestellt wird, daß wie bei diesem die Anrechnung des Krankenhausaufenthaltes bei jenem die Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes erfolgt.

Die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher in den kommunalen Irrenanstalten bringt diesen erhebliche Schwierigkeiten und Gefahren. Gewiß gibt es unter den geisteskranken Verbrechern Individuen, die bequem in öffentlichen Irrenanstalten gehalten werden können, andererseits — und das ist doch die überwiegende Mehrzahl — sind unter ihnen sehr unangenehme, reizbare, gewalttätige, ständig querulierende, sich auflehnende und intrigierende Elemente, die an Ärzte und Pflegepersonal die höchsten Anforderungen stellen, die stets auf Entweichen sinnen und — wie zahlreiche Beispiele lehren — vor tätlichen Angriffen nicht zurückschrecken. Die Anhäufung von derartigen gemeingefährlichen kriminellen Kranken in Irrenanstalten hat einen lähmenden, hemmenden Einfluß auf die gesamte Behandlung und Verpflegung. Die freie Behandlung muß wegen dieser gemeingefährlichen Individuen eingeschränkt werden, durch diese wird das Gefängnis in die Irrenanstalt, die sich frei nur nach ärztlichen Grundsätzen entwickeln sollte, hineingetragen. Nicht unbedenklich erscheint es ferner, unbescholtene Kranke mit verbrecherisch veranlagten zusammenzubringen. Man hat versucht, durch die Errichtung von Abteilungen mit besonderen Sicherungsvorrichtungen diese Schwierigkeiten aus dem Wege zu räumen. Allein auch dadurch lassen sich Unzuträglichkeiten und Nachteile für die unbestraften in den Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken nicht vermeiden. Die Irrenanstalt wird in der freien Entwicklung nach rein ärztlichen Gesichtspunkten gehindert.

Die zweite Art der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher besteht in der Errichtung von Irrenstationen in Verbindung mit Gefangenenanstalten. Die preußischen Strafanstaltsirrenabteilungen dienen, wie bereits hervorgehoben, lediglich zur Feststellung der geistigen Erkrankung, sie sollen die Kranken nur bis zur Dauer von sechs Monaten bezw. einem Jahre behalten und sie dann nach Feststellung der Geistesstörung einer Irrenanstalt überweisen. Dagegen haben die Irrenabteilungen an den Strafanstalten in Waldheim (Sachsen), Bruchsal (Baden) und Hohenasperg (Württemberg) den Zweck, die geisteskranken Gefangenen nach Feststellung ihrer Erkrankung bis zum Strafende, in Waldheim sogar über das Strafende hinaus festzuhalten und zu verpflegen. Ähnliche Einrichtungen bestehen an Strafanstalten in England, Amerika, Frankreich und Ungarn. Diese Strafanstaltsadnexe halte ich für entschieden zweckmäßiger und empfehlenswerter als die Bewahrungshäuser an Irrenanstalten. Gegen die Verbindung der Irrenabteilung mit einer größeren Strafanstalt habe ich vom ärztlichen Standpunkte keine Bedenken. Die Kost an den Gefangenenanstalten ist für die Kranken durchaus genügend. Wünschenswert wäre die Einrichtung, daß die Kranken innerhalb des Anstaltsgebietes mit landwirtschaftlichen Arbeiten beschäftigt würden und zu diesem Zwecke ein größeres Terrain bereitgestellt würde. Überhaupt müßte für die Kranken ein größerer



Arbeitsbetrieb eingerichtet werden. Hier ist vor allem Arbeitstherapie am Platze. Diese meist degenerierten, heruntergekommenen, haltlosen Menschen müssen den Segen ruhiger, zweckmäßiger Beschäftigung kennen lernen. Keine Beschäftigung ist zu diesem Zwecke mehr geeignet als die Landarbeit. Nur ein Bedenken besteht hauptsächlich gegen die Errichtung von größeren Irrenanstalten an Strafanstalten: Wohin mit den geisteskranken Gefangenen nach Ablauf der Strafzeit? In die öffentlichen Irrenanstalten sollen sie nicht aus den oben erwähnten Gründen; in Freiheit dürfen sie nicht entlassen werden, weil sie gemeingefährliche, die öffentliche Rechtssicherheit gefährdende Menschen sind; in der Strafanstaltsirrenabteilung können sie nicht behalten werden, weil ihre Strafzeit zu Ende ist und eine längere Verwahrung in einem Adnex der Strafanstalt ungesetzlich wäre. Auch die Verbindung einer Irrenabteilung zur dauernden Internierung geisteskranker Verbrecher mit einem Arbeitshause — eine solche wurde an dem rheinischen Prov.-Arbeitshause in Brauweiler vor kurzem eröffnet — erscheint mir vom Rechtsstandpunkte aus nicht unbedenklich.

Aus diesem Grunde dürfte sich der Plan, im Anschluß an Strafanstalten größere Irrenabteilungen zur dauernden Verwahrung und Verpflegung der geisteskranken Verbrecher zu errichten, nicht verwirklichen lassen.

So kommen wir zu der dritten Lösung des Problems, der Errichtung von besonderen Irrenanstalten für geisteskranke Gefangene. Wie der geisteskranke Verbrecher beides, den kriminellen Charakter und die geistige Erkrankung, in sich vereinigt, so soll auch die Anstalt, in welcher er untergebracht wird, diesen beiden Erscheinungen Rechnung tragen, für beide entsprechende Maßnahmen treffen. In erster Linie muß die öffentliche Sicherheit geschützt werden, und diesem obersten Prinzip müssen alle anderen Maßnahmen untergeordnet werden. Daher muß eine Entweichung unter allen Umständen auch mit Gewalt und eventuell durch Unschädlichmachung der Internierten verhindert werden. Man wird gegen die Errichtung solcher Zentral-Anstalten einwenden, daß es gefährlich sei, so viele gefährliche Geisteskranke in einer Anstalt zu vereinigen. Demgegenüber sei darauf hingewiesen, daß hinsichtlich dieses Punktes die Verhältnisse in Adnexen an Irrenanstalten und Strafanstalten doch kaum anders liegen. Allerdings lauten die Berichte über die italienischen Zentralanstalten für geisteskranke Verbrecher recht ungünstig. Dies ist aber wohl in den mangelhaften Einrichtungen dieser Anstalten, die sich von Gefängnissen kaum unterscheiden, und in den besonderen Eigentümlichkeiten der italienischen Verbrecher begründet. Dagegen liegen über die Zentralanstalten in England, Schottland und Nordamerika recht befriedigende Berichte vor. Jedenfalls dürfte ein Versuch, solche Anstalten auch in Deutschland zu errichten, nicht unberechtigt sein, denn sie bieten sowohl für die Irrenanstalten wie für die Strafanstalten eine Reihe nicht zu unterschätzender Vorteile. Die Irrenanstalten würden der Sorge für die Verwahrung der geisteskranken Verbrecher, die wie ein Druck auf ihnen lastet, enthoben werden, die Strafanstalten könnten jene äußerst störenden, undisziplinierbaren, für die Strafvollstreckung ungeeigneten Elemente dauernd aus dem Strafvollzug ausscheiden. Noch eine dritte sehr wichtige Aufgabe wäre diesen Irrenanstalten zuzuweisen, wohl die wichtigste: die dauernde Verwahrung der gemeingefährlichen geisteskranken Verbrecher. Es ist nicht zu leugnen, daß die Rechtssicherheit des Volkes durch die Behandlung der geisteskranken Rechtsbrecher eine gewaltige Erschütterung erfahren hat. Dem muß abgeholfen werden und kann nur abgeholfen werden durch sichere und eventuell dauernde Internierung.

Auf welche Weise ist nun eine derartige Internierung zu bewerkstelligen? In England, Italien und Norwegen bestehen gesetzliche Bestimmungen darüber, daß Geisteskranke, die wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen wurden, auf Gerichtsbeschluß in ein Irrenasyl bezw. in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht werden müssen (England) oder können (Italien und Norwegen). Ich halte es für notwendig, daß in Deutschland eine gesetzliche Bestimmung über die Unterbringung der gemeingefährlichen Geisteskrankheiten überhaupt, sowohl der wegen Geisteskrankheit freigesprochenen wie der nach der Verurteilung in Geistesstörung verfallenen, geschaffen wird. Es erhebt sich nun die Frage, ob der Strafrichter, der Zivilrichter oder die Verwaltungsbehörde die Überweisung in die Irrenanstalt beschließen soll. Meines Erachtens dürfte es am zweckmäßigsten sein, daß im Falle der Freisprechung wegen Unzurechnungsfähigkeit des Angeklagten das Gericht, das die Freisprechung beschließt, die vorläufige Unterbringung des gemeingefährlichen Geisteskranken in der Anstalt anordnet, und die Verwaltungsbehörde nach Anhörung ärztlicher Gutachten endgültig die Internierung verfügt. Bei den nach der Verurteilung in Geisteskrankheit verfallenen gemeingefährlichen Personen, den geisteskranken Verbrechern, sollen die Polizeiverwaltungen und die Strafanstaltsvorsteher, bei gemeingefährlichen in den Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken



die Direktoren dieser Anstalten befugt sein, die Unterbringung in der Anstalt für gemeingefährliche Geisteskranke zu beantragen. Ich halte demnach folgende gesetzlichen Bestimmungen für empfehlenswert:

1. Das Gericht, das wegen Unzurechnungsfähigkeit die Freisprechung eines Angeklagten beschließt, kann bei Gemeingefährlichkeit desselben seine vorläufige Unterbringung in einer Anstalt für gemeingefährliche Geisteskranke verfügen. Die endgültige Internierung in dieser Anstalt wird nach Anhörung ärztlicher Gutachten durch die höhere Polizeibehörde angeordnet.
2. Gemeingefährliche Geisteskranke, die sich in Strafanstalten oder Irrenanstalten befinden, können auf Antrag der Leiter dieser Anstalten durch die höhere Polizeibehörde einer Anstalt für gemeingefährliche Geisteskranke überwiesen werden.
3. Gegen die Entscheidung der höheren Polizeibehörde ist die Beschwerde an das Verwaltungsgericht zulässig.
4. Die Überweisung in eine Anstalt für gemeingefährliche Geisteskranke findet zunächst für die Dauer von drei Jahren statt.
5. Bei fortbestehender Gemeingefährlichkeit des Kranken kann die höhere Polizeibehörde die weitere Verwahrung nach Anhörung ärztlicher Gutachten jedesmal auf drei Jahre verfügen.

In ähnlicher Weise muß für die Unterbringung und Verwahrung der geistig Minderwertigen gesorgt werden. Zurzeit finden dieselben meistens nur insoweit Berücksichtigung, daß sie milder bestraft werden. Gewiß erscheint eine mildere Bestrafung der geistig Minderwertigen mit Rücksicht auf das geringere Verständnis für die Strafbarkeit der Tat und die geringere Widerstandsfähigkeit gegen verbrecherische Antriebe berechtigt. Es ist aber Aufgabe des Staates, den gemeingefährlichen geistig Minderwertigen in seinem Interesse und im Interesse der allgemeinen Rechtssicherheit vor weiteren Verbrechen zu schützen. Die Schaffung einer allgemeinen gesetzlichen Bestimmung, nach welcher das Gericht den geistig Minderwertigen milder bestrafen kann, ist notwendig. Daneben soll das Gericht aber das Recht erhalten, den gemeingefährlichen geistig Minderwertigen nach verbüßter Strafe einer Sicherungsanstalt zu überweisen, wie es nach dem geltenden Recht Vagabunden, Bettler, Zuhälter und Dirnen dem Arbeitshause überweisen kann. Die Sicherungsanstalt soll einem kriminalistisch und psychiatrisch erfahrenen Arzte unterstellt werden. Es ist dafür zu sorgen, daß die in derselben Internierten in entsprechender Weise vor allem mit landwirtschaftlichen Arbeiten beschäftigt werden. Ich empfehle folgende gesetzliche Bestimmung über die Unterbringung der geistig Minderwertigen:

Neben der Strafe kann das Gericht bei Gemeingefährlichkeit die Überweisung der geistig minderwertigen Angeklagten in eine Sicherungsanstalt nach verbüßter Strafe beschließen. Die Dauer der Verwahrung in einer Sicherungsanstalt soll in der Regel fünf Jahre nicht überschreiten, jedoch kann die höhere Polizeibehörde bei fortbestehender Gemeingefährlichkeit die Verwahrung jedesmal für weitere fünf Jahre verfügen. Gegen die Entscheidung der höheren Polizeibehörde ist die Beschwerde an das Verwaltungsgericht zulässig.

Nur auf diesem Wege kann sich meines Erachtens die Fürsorge für geisteskranke und geistig minderwertige gemeingefährliche Personen weiter entwickeln, nur durch solche Maßnahmen können bei denselben Verbrechen verhütet werden, nur so die allgemeine Rechtssicherheit wirksam geschützt werden. Gewiß werden dadurch erhebliche finanzielle Opfer von seiten des Staates notwendig, aber andererseits werden dadurch die Ausgaben für die Strafrechtspflege und den Strafvollzug bedeutend herabgesetzt werden.

Mitteilungen.

— **Der Strafvollzug an Geistigminderwertigen in Preussen.** In dem Jahresbericht des preußischen Ministeriums des Innern über die seiner Aufsicht unterstehenden Strafanstalten finden sich über den Strafvollzug an Geistigminderwertigen die folgenden bemerkenswerten Ausführungen:

Eine besondere Aufmerksamkeit verdienen die Geistigminderwertigen sowie die unsozialen Elemente; beide bedingen sowohl allein wie gemischt in ihrer Steigerung eine stete Gefahr für die Rechtsordnung und die öffentliche Sicherheit. Beide entweder zeitweilig oder ganz aus der Gesellschaft zu scheiden, ist bei dem heute geltenden Strafrechte und der üblichen Rechtsprechung nicht angängig. Der Bericht macht auf die gesetzlichen Bestimmungen des norwegischen Strafgesetzbuches wie des schweizerischen Entwurfes zum Strafgesetzbuche aufmerksam, welche es ermöglichen, die wiederholt Rückfälligen — d. h. wiederholt Bestrafte — bis auf die Dauer von 15 bis 20 Jahren dingfest zu machen mit der Möglichkeit einer probeweisen Entlassung unter fürsorglicher Aufsicht. Einen ähnlichen Zweck verfolgt ein in Eng-



land im Jahre 1908 erlassenes Gesetz: Prevention of Crime Act 1908, welches die gemeingefährlichen Elemente dadurch unschädlich machen will, daß sie nach verbüßter Strafe auf die Dauer von 5 bis 10 Jahren in Sicherungshaft genommen werden, mit der Aussicht auf vorläufige Entlassung bei guter Führung, wenn sie sich fürsorglicher Aufsicht unterstellen.

Zum Schutze der Rechtsordnung wie der öffentlichen Sicherheit wird man gegenüber den gemeingefährlichen Geistigminderwertigen den Vorschlägen des 27. Deutschen Juristentages beistimmen müssen, welche diese Kategorie von Personen nach Vollzug oder Erlaß der Strafe in geeigneten Anstalten so lange festhalten wollen, bis sie nicht mehr gemeingefährlich sind; auch sollen sie noch nach ihrer freilich nur probeweisen Entlassung einer medizinalpolizeilichen Aufsicht unterstehen.

Auf diese Personen ist weder die Ordnung des regelmäßigen, für vollsinnige Verurteilte notwendigen Strafvollzuges anwendbar, noch erscheint für sie die gewöhnliche, für schwere Geisteskranke notwendige Irrenpflege erforderlich, wohl aber liegt es im Interesse der öffentlichen Sicherheit, sie bis zum Ablauf der urteilsmäßigen Strafe in Haft zu behalten. Behufs dessen sind für sie an einigen durch ihre Lage und Einrichtung geeigneten Strafanstalten besondere Abteilungen eingerichtet, in denen sie nach Ablauf der Strafe ferner verbleiben. Ein Erstlingsversuch ist in dieser Richtung bei der Strafanstalt Brandenburg gemacht worden, wie es scheint mit Erfolg, so daß an die Errichtung ähnlicher Abteilungen an zwei ferneren Strafanstalten gedacht wird.

Die bestehende Abteilung ist in Brandenburg in dem abgesondert liegenden geräumigen Lazarette untergebracht und für 40 Gefangene berechnet. Die Leitung untersteht dem psychiatrisch gebildeten Arzte, der auch die Behandlung der Gefangenen, ihre Beschäftigung, Unterbringung und Beaufsichtigung regelt.

— Zur Frage der „Psychoreaktion" (vergl. diese Wochenschrift Nr. 10 Seite 94) schreibt Herr Prof. Dr. Alt, Uchtspringe, der Red. unterm 1. Juni folgendes:

Bezugnehmend auf Ihre kritische Notiz in der letzten Nummer unserer Wochenschrift teile ich Ihnen ergebenst mit, daß in der abgelaufenen Woche durch zwei Kollegen, von denen der eine seit längerer Zeit mit der Kobramethode praktisch vertraut ist, die Much-Holzmannschen Untersuchungen an mehr als 50 Fällen hiesiger Anstalt nachgeprüft, aber keineswegs bestätigt wurden. Nach dem bisherigen Ergebnis dieser Untersuchungen ist die Kobrareaktion nicht charakteristisch für Dementia praecox oder zirkuläres Irresein.

Um genaue Nachprüfung und ein endgültiges Urteil zu ermöglichen, habe ich mich an Herrn Kollegen Much mit der Bitte um nähere Details seiner Methode gewandt, der er in liebenswürdigster Weise sofort entsprach. Wir werden somit in der Lage sein, genau nach der Much-Holzmannschen Methode weitere Nachprüfungen anzustellen.

Sehr interessanten Aufschluß über die Kobramethode geben übrigens die im Jahre 1902 und 1904 aus dem Ehrlichschen Institut für experimentelle Therapie hervorgegangenen Arbeiten von Preston Kyes, die in Seite 886 ff. und 919 ff. des Jahrgangs 1902 und Seite 494 ff. des Jahrgangs 1904 der Berliner klinischen Wochenschrift veröffentlicht sind.

Der mit den Stoffwechselvorgängen bei Geisteskranken einigermaßen vertraute Arzt wird aus diesen Abhandlungen schon entnehmen können, weshalb bei Paralytikern, deren reichlicher Lezithingehalt des Blutes bekannt ist, die Much-Holzmannsche Reaktion negativ ausfällt.

Referate.

— Wilh. Lange. Hölderlin. Eine Pathographie. Mit zwölf Schriftproben und einer Stammtafel. Stuttgart, Ferd. Enke, 1909. 223 S. Besprochen von Pelman.

Daß bei dem durch Moebius erzeugten Interesse an pathographischen Studien Hölderlin nicht leer ausgehen und seinen Pathographen finden würde, lag auf der Hand, und daß sich Lange dieser Aufgabe unterzogen hat, hat unsere Literatur um eine wertvolle Studie bereichert. Lange war als Tübinger hierzu besonders geeignet, da Hölderlin die längste Zeit seines Lebens in Tübingen zugebracht hatte und dort begraben liegt, und sich hier demnach die meiste Aussicht bot, etwas über den toten Dichter zu erfahren.

Und in der Tat ist es erstaunlich, was Lange alles dem dürren Boden entwunden und welche Fülle von Material er zusammengetragen hat. Denn wer weiß heute noch etwas von Hölderlin, als allenfalls, daß er Gedichte gemacht und wahnsinnig gewesen sei? — Lange hat daher recht, wenn er am Ende seines Werkes den Ausspruch tut, daß die Geisteskrankheit die dichterischen Fähigkeiten Hölderlins lediglich herabgesetzt und gestört habe, und es trotzdem gerade die Geisteskrankheit gewesen sei, die ihn so berühmt gemacht habe.

Aus den kleinsten Verhältnissen hervorgegangen, ist es ihm nie gelungen, sich dem Drucke der äußern Einflüsse zu entwinden, und wenn er als seinem Ideale dem Wunsche Ausdruck gibt, Bücher zu schreiben, ohne dabei zu hungern, so hat dies etwas unendlich Wehmütiges und gibt uns zugleich ein Bild der Lage, in der sich der Dichter sein ganzes Leben lang befunden hat.

Genial veranlagt, strömen ihm die Gedanken zu, ohne daß er in gleichem Maße über die entsprechende Kraft der Entäußerung gebietet. Mit titanischer Gewalt setzt er alles Angeschaute zu Stimmungen um, um sich ihnen willenlos hinzugeben, und Schiller schrieb über ihn an Goethe, daß ihn Hölderlin an sich selbst erinnere und er in ihm vieles von seiner eigenen Gestalt wiederfinde. Er besitze eine heftige Subjektivität und sein Zustand sei gefährlich. Leider sehe er keine Möglichkeit, ihn aus seiner eigenen



Gesellschaft zu bringen und einen wohltätigen Einfluß auf ihn auszuüben.

Sein Hyperion, den er mit 22 Jahren begann und in mühesamer Arbeit sieben Jahre lang fortsetzte, gibt uns als Selbstschätzung ein Spiegelbild seines innern Geschehens. Sein eigenes Ich tritt uns hier in stets neuer Färbung entgegen, und daß es dabei zu keiner künstlerischen Einheit, zu keinem abgeschlossenen Ganzen kommen konnte, liegt auf der Hand.

Sein letztes Werk ist ein Chaos geblieben.

Die Anfänge seiner Erkrankung, eine katatonische Geistesstörung, gehen bis zum Jahre 1800 zurück, aber erst sechs Jahre später machte sich seine Unterbringung in eine Irrenanstalt notwendig, und gesund ist er bis zu seinem Tode — 1843 — nicht mehr geworden. Dieser Art war das Los eines unserer Lyriker ersten Ranges, der durch sein Sprachgenie einen weitgehenden Einfluß auf die deutsche Literatur ausgeübt hat, und dessen Genius, wie bei so manchem andern seiner Art, dem Einflusse der psychopathischen Anlage erliegen mußte.

Personalnachrichten.

— **Königreich Sachsen.** Anläßlich des Geburtstags Sr. Majestät des Königs ist dem Obermed.-Rat Dr. Günther, Direktor der Landesanstalt zu Hubertusburg, das Ritterkreuz 1. Klasse des Verdienstordens, dem Med.-Rat Dr. Naecke in Hubertusburg der Titel Professor und dem Direktor der Landesanstalt Colditz Dr. Böhme der Titel Obermedizinalrat verliehen worden.

— **Illenau** bei Achern. Geheimrat Dr. Schüle ist von dem Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Versuche mit einem neuen Eiseneiweißpräparat „Ferralbol".

(Münchner med. Wochenschrift, 1909, Nr. 19.)

Auf der I. med. Klinik (Geheimrat Prof. Dr. v. Bauer) in München und auf der med. Abteilung des Hospitals Schwabing (Priv.-Doz. Kerschensteiner) wurden 17 Fälle, auf der psychiatrischen Klinik, München, 1 Fall und im Städt. Sanatorium Harlaching 7 Fälle (von Dr. Ziller) mit „Ferralbol" behandelt. Ueber diese 25 Fälle gibt Dr. Richard Levy eingehendere Mitteilungen.

Ferralbol stellt nach den Untersuchungen von Rapp (Oberapotheker im Krankenhaus r. d. I. in München) eine feste Verbindung von Hühnereiweiß und Eisen dar, wobei noch 1 % Lezithin zugefügt ist. Der Eisengehalt ist 3 %.

Ferralbol wird mit Kakaopulver als Geschmacks-Korrigens in Tafeln mit 0,5 Ferralbol-Gehalt geliefert, und man verabreicht 3 mal täglich 1 Tafel, nach Wahl trocken zu essen oder in Suppe, Milch etc. verrührt. Von Ferralbol-Schokolade wird 3 mal täglich eine halbe Tafel (= 0,5 Ferralbol) gegeben. Weder Ferralbol noch Ferralbol-Schokolade wirkten ungünstig auf die Darmtätigkeit ein, nie trat Obstipation ein und nie zeigte sich, was bei anderen Eisenpräparaten häufig beobachtet wurde, Diarrhöe.

Durch Blutuntersuchungen mußten natürlich die guten klinischen Resultate kontrolliert werden, und in der Tat ergaben alle Untersuchungen eine Hämoglobinzunahme, in einem Falle bis 8 % pro Woche. 1 % pro Woche war die geringste Zunahme, dabei zeigte sich aber auch mit der Steigerung des Hämoglobins eine Abnahme der Erythrozyten.

Durch Vergleich der Erfolge im Krankenhaus mit denen im Sanatorium konnte ferner bestätigt werden, daß die wesentliche Ursache der Besserung der Ferralbol-Darreichung zuzuschreiben war, da der Unterschied der wöchentlichen Zunahme des Hämoglobingehaltes (2,1 : 3,4) wie des Gewichtes (0,5 : 0,7) nicht sehr bedeutend ist.

Nach Levy ist das Ferralbol ein durchaus zweckentsprechendes Heilmittel mit Vorzügen anderen Präparaten gegenüber und wohl einer Nachprüfung wert.

Ferralbol entstammt der Fabrik pharmazeutischer Präparate Wilhelm Natterer, München.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 12. 12. Juni **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Ein Fall von induziertem Irresein nebst anschließenden Erörterungen. Von Dr. med. E. Herm. Müller, Zürich. (S. 105). — Apraxie und Demenz. Von Dr. Krahmer, Dalldorf bei Berlin. (S. 109). — Mitteilungen (S. 110): Ein medizinisch-pädagogisches Kinderheim „Sonnenblick" in Zirndorf. Immediateingabe irrsinniger Strafgefangener. — Referate.

Ein Fall von induziertem Irresein nebst anschliessenden Erörterungen.

Von Dr. med. *E. Herm. Müller*, Zürich.

Bei Frau Z. stellten sich nach zirka einjähriger Witwenschaft eigenartige geistige Veränderungen ein, wie sie ähnliches bis dahin nie erlebt hatte. Nach einiger Zeit traten gleiche Erscheinungen bei ihrer Untermieterin, einer Lehrerin, ein, und binnen kurzem wurden auch deren Mutter und Schwester, die in L. wohnen und in der kritischen Zeit mit ihrer Tochter in der Stadt nur brieflich, nie mündlich verkehrten, vom selben Leiden befallen.

Frau Z. ist zirka 60 Jahre alt, seit ungefähr einem Jahr Witwe. Sie war ursprünglich Dienstmädchen und heiratete noch im vorgerückten Alter den um zwanzig Jahre älteren Chirurgen (Bader) Z., der ihrem Wunsche folgend seinen Sohn aus erster Ehe verstieß. Durch die Heirat kam Frau Z. in günstige ökonomische Verhältnisse.

Die geistigen Fähigkeiten der Frau Z. waren von jeher recht geringe; Frömmigkeit, Klatschsucht und geradezu wucherische Geldliebe waren ihre wesentlichsten Charaktereigenschaften. Sie begann bei den Methodisten, wandte sich nachher den Evangelischen zu, machte dann bald nicht nur bei diesen, sondern auch bei den „Heiligen der letzten Tage" mit. Ihr äußeres Gebaren unterschied sich von dem salbungsvollen Wesen ihrer Sektenschwestern in keiner Weise. — Ihr Hauswesen hielt sie in musterhafter Ordnung, fand aber doch noch reichlich Zeit, ihren drei Liebhabereien obzuliegen. Außer diesen erstreckte sich ihr geistiges Interesse nur noch auf die Rubrik Unglücksfälle und Verbrechen im Tagesanzeiger. Sozial wurde sie hier und da auffällig durch Klatscherei; ihre zeitweise schwungvoll betriebene Hehlerei brachte sie nie mit dem Strafrichter in Konflikt.

Nach dem Tode des Z. war sie durch seine speziellen Anordnungen zeitlebens gesichert; Z. hatte das gemacht, da er, obschon er die Habsucht der Frau kannte, fürchtete, sie möchte von ihren Stündligenossen, die ihm sehr zuwider waren, um ihr Gut gebracht werden.

Vor zirka 15 Jahren nahm das Ehepaar Z. ein illegitimes Mädchen einer Köchin bei sich auf, das sie musterhaft besorgten. Der Köchin leistete die Frau Z. Hehlerdienste. Als die Köchin vor sieben Jahren heiratete, nahm sie das Mädchen zu sich, das dadurch in ein moralisch sehr verkommenes Milieu versetzt wurde. Frau Z. bekam mit der Köchin und deren Mann Streit, so daß sie stets fürchtete, in irgendeiner Art von denselben geschädigt zu werden. — Nach Scheidung der Ehe wurde das Mädchen wieder von Frau Z. aufgenommen.

Nach einjährigem Krankenlager starb der Chirurg Z.; seine Frau, die ihn allein pflegte, flehte oft zu ihrem Gotte, er möchte den armen Mann von seinem Leiden erlösen.

Nun verfiel die Z. immer mehr dem Stündlileben. Sie fühlte sich immer mehr als Heilige; mit dem Sektenprediger St. führte sie lange, erbauliche Gespräche und wurde im Glauben an ihre und ihres Freundes Gerechtigkeit immer mehr bestärkt. Trotz allem blieb aber die Furcht vor der Mutter des Pflegekindes bestehen.

Als das Pflegekind in die Fremde kam, fühlte sie sich völlig vereinsamt, langweilte sich, hatte das tiefe Bedürfnis sich auszusprechen; die Gespräche mit dem Prediger füllten nicht ganz die Lücke ihres Daseins. Sie vermietete ein Zimmer an eine Lehrerin, die ihrer Sekte angehörte, selbst aber die Tochter eines Geistlichen der Landeskirche war. Von dieser erhoffte sie Gesellschaft zu finden, sah sich aber ent-

täuscht, denn diese war jeden Abend entweder in einer Versammlung oder im Jungfrauenverein.

Frau Z. fing es nun an zu grauen, wie sie so allein in der Wohnung war; sie ging von einem Zimmer ins andere und fand nirgends Ruhe. Sie klagte bei dem Sektenprediger St. über ihre Leiden und dieser fing nun an, seine Besuche auf die Abendstunden zu verlegen, dehnte sie immer länger aus, so daß er schließlich bis zum andern Morgen blieb. Dagegen protestierte die Lehrerin, es machten auch die Hausgenossen zweideutige Bemerkungen; daraufhin setzte die Z. diesen Besuchen ein Ziel.

In dieser Zeit soll ihr St. einen Heiratsantrag gemacht haben, den sie aber zuerst ablehnte, schließlich aber „aus Mitleid" zusagte, als St. sich zu erschießen drohte: sie knüpfte an ihr Jawort die Bedingung, daß St. sich von seinem Sohn und seiner seit Jahren gelähmten, stets bettlägerigen Tochter trenne. Die Verhandlungen zogen sich in die Länge.

Nun war Frau Z. wieder allein. Sehr bald fiel es auf, daß sie am Tage zehnmal, oft noch häufiger ausging, planlos in der Stadt, in Wald und Feld umherirrte, gelegentlich auf freiem Felde oder in Scheunen nächtigte. Bald wich sie jedermann scheu aus, bald hängte sie sich an die Leute und war fast nicht wegzukriegen.

Plötzlich kam sie mit Klagen über Schlaflosigkeit und Qualen, die ihr angetan würden, wenn sie zu Bett liege. Sie schilderte dieselben folgendermaßen: auch wenn sie ganz still lag, krachte das Bett, als ob es zusammenbrechen wollte; die Decke wurde schwer, daß sie fast erstickte und nicht mehr um Hilfe rufen konnte, dann begann sich die Bettdecke auf und nieder zu bewegen, zu wogen. Sie sprang aus dem Bett, und da sah sie das tolle Wogen und Bäumen der Decke aufhören, sobald sie aber wieder im Bett lag, begann es von neuem. — Sie legte sich ins Bett des verstorbenen Gatten, aber auch dorthin verfolgte sie der Spuk; denn daß sie behext war, das stand ihr fest. Ihrer Meinung nach wirkte die Mutter des Pflegekindes auf sie ein, um sich zu rächen, weil ihr die Z. einmal Hehlerdienste verweigert hatte. Sie war ferner der Meinung, daß auch die Lehrerin sie so bestrafe wegen der nächtlichen Besuche des St., die sie als „unsittlich" bezeichnet hatte.

So ging es längere Zeit; Beschwörungen, Prügeln der Bettdecke und Matratze mit Ausklopfer und Stock nützten nichts.

Trotzdem sie auch Verdacht an der „Mitschuld" der Lehrerin hatte, den sie aber fürchtete zu äußern, bat sie diese, mit ihr künftig das Schlafgemach zu teilen. Diese willfahrte. Frau Z. hatte wieder die alten Leiden zu bestehen, rief die Lehrerin zu hilfe, die aber sehr unzufrieden sich zeigte, absolut nichts Abnormes bemerkte und die Erzählungen als Phantasterei bezeichnete. Nach einigen Nächten, die regelmäßig denselben Spuk erstehen ließen, fand die Lehrerin, es könnte eventuell doch was Wahres daran sein und nahm die Bibel mit ins Bett. In der Tat gings wieder los, die Z. machte Lärm und nun lasen beide bis zum Tagesanbruch mit lauter Stimme Psalmen.

Mit kräftigen Gebeten und Psalmen glaubten sie den bösen Geist vertrieben zu haben und erwarteten zuversichtlich die nächste Nacht. Diese brachte nun beiden, sowohl der Frau Z. als auch der Lehrerin, dieselben Halluzinationen. Weder Gebete noch Psalmen, keine Bibelsprüche und Verfluchungen, kein Dreinschlagen mit Stock und Ausklopfer vermochten die Geister zu bannen.

Von nun an waren beide betroffen. Die Z. schlief in der Folge oft auswärts, fand aber nirgends Ruhe. Die Lehrerin blieb zu Hause und rang erfolglos mit dem Geiste, plötzlich blieben ihr die Menses aus; sie klagte ihr Leid brieflich ihrer Mutter. Die Mutter sprach mit einer jüngeren Tochter darüber und sie empfahlen der Lehrerin Sittsamkeit, Gottesfurcht, fromme Übungen usw. und versprachen sie durch Gebet aus der Ferne zu unterstützen. Sehr bald machten sowohl Mutter wie Tochter an sich ähnliche Beobachtungen, auch ihre Betten krachten, auch ihre Bettdecken wurden so schwer und wogten und bäumten sich. Der Vater, der nunmehr in Kenntnis gesetzt wurde von den unheimlichen Erlebnissen — er ist streng orthodoxer Pfarrer der Landeskirche —, stand alldem macht- und ratlos gegenüber.

Frau Z. suchte Rat bei einer Hellseherin und diese erklärte ihr, die Lehrerin müsse sofort aus dem Hause und alsdann solle sie endlich nach so langen Verhandlungen dem St. ihr Jawort geben. Die Z. gehorchte; die arme Lehrerin wurde von ihr in geradezu ruppiger Art und Weise an die Luft gesetzt und die Heirat mit dem St. maximal beschleunigt. Die nächtlichen Belästigungen blieben bestehen, bis Frau Z. ihre zweite Hochzeitsnacht erlebte.

Die Halluzinationen und die Amenorrhöe der Lehrerin dauerten insgesamt fünf Monate. Bei Mutter und Schwester dauerte der Spuk fast zwei Monate.

Alle vier Beteiligten waren und blieben völlig einsichtslos über die wahnhafte Natur ihrer Erlebnisse.

Ich bin mir wohl bewußt, daß die vorstehende Beobachtung nicht so allseitig ausgedehnt ist, wie sie

eigentlich sein sollte: in dem Momente, wo ich tiefer in die Psychologie der Frau Z. eindringen wollte, entzog sie sich meiner Beobachtung, auch der andern beteiligten Personen konnte ich nicht mehr habhaft werden. Aber auch in der vorliegenden Form scheint mir das Material nicht ohne Interesse zu sein.

Eine alte Witwe fühlt sich seit dem Tode ihres Mannes vereinsamt; das Sektenleben vermag ihr weder Ruhe noch Zufriedenheit zu bringen, sie sucht sogar Anschluß an Ungläubige, verschmäht den Rat von Wahrsagerinnen und Hellseherinnen nicht. Sie sehnt sich nach Gesellschaft. Der sektiererische Freund vermag die Öde ihres Daseins zum großen Teil zu füllen, sein Verschwinden wirft sie nicht nur in ihren früheren Zustand zurück, die Qual der Einsamkeit wird durch abnorme Sensationen vergrößert. Daß es sich um sexuelle Wünsche handelt, scheint mir deutlich genug zu sein, wenn auch die Person selbst den Inhalt ihrer Halluzinationen nicht kennt. Der neue Eheschluß beendigt die „Psychose". Das Unterbewußtsein hat die Wünsche und deren Erfüllung völlig für sich abgemacht. Das Oberbewußtsein hat von dem Roman, der sich in der Tiefe der Psyche abspielte, nur höchst unvollkommene, in krause Symbole gehüllte Kenntnis, insbesondere ist ihm die sexuelle Komponente verborgen geblieben; es fehlen auch genügende Anhaltspunkte, um zu sagen, diese wäre späterhin klar geworden.

Das junge Mädchen, zirka 23 jährig — die Lehrerin — ist das Glied einer Theologenfamilie; der Vater ist in jeder Beziehung äußerst konservativ, der Sohn ebensosehr freigeistig, dazu Potator; beide sehr temperamentvolle, jähe Männer, besonders der Sohn. Ich habe die Lehrerin nur oberflächlich kennen gelernt, habe aber gute Gründe anzunehmen, daß hinter der asketischen, ruhigen Fassade ein wildes, heißes Temperament lauert. Es hat sich geäußert in ihren Halluzinationen und dem Ausbleiben der Menses; auch ihr helles Bewußtsein hatte keinerlei Kenntnis für das, was sich in der Tiefe der Psyche abspielte und so sonderbare Erscheinungen produzierte. Ihr unterbewußtes Wünschen ging nach der Betätigung der Sexualität; es fand Assoziationen zu den Erscheinungen bei der Frau Z.; ihr Unterbewußtsein deutete die Vorgänge sehr gut, schloß dann aber noch aus eigenem Antrieb das daran, was die Konsequenz des Koitus ist, welche ihr, der geschlechtsreifen Jungfrau, möglich und erwünscht, der jenseits des Klimakteriums stehenden Matrone verwehrt ist: die Gravidität. (Über den Einfluß der Psyche auf die Menses will ich nicht zu sprechen kommen; jeder kennt doch wohl hierher gehörige Fälle.) Über die Beendigung dieser psychogenen Gravidität bin ich nicht unterrichtet; ich weiß nur soviel, daß es nicht zur Geburt kam und daß dem jungen Mädchen eine Deutung seines Zustandes, welcher der monatlichen Reinigung entbehrte, nicht glückte. Sie erkundigte sich bei der Mutter, welche aber wie auch eine zweite Tochter ähnliche Erlebnisse durchzumachen hatten, allerdings ohne es zu einer Amenorrhöe zu bringen.

Es handelt sich also in unserem Falle um vier Frauen, die vermöge einer besonderen Disposition abnorme psychische Erlebnisse hatten, ohne daß diese — vielleicht mit Ausnahme der Lehrerin — sich bis zur Psychose oder Neurose steigerten, sondern bei der Frau Z. ihre Erledigung fanden mit der Erfüllung dessen, was der zentrale Wunsch ihrer Seele war; bei den Angehörigen der Lehrerin erfolgte die Lösung allmählich und zwar ziemlich rasch, während bei dieser selbst die körperlichen Erscheinungen längere Zeit anhielten; ich möchte diese Person als Hysterika auffassen.

Wir haben ferner einen Einblick erhalten in die enge Beziehung von Sexualität und Religion (resp. Aberglauben). Dieses Problem ist ungeheuer verschlungen, ich möchte an dieser Stelle über einige Anmerkungen nicht hinausgehen, eine eingehende Erörterung vielmehr späterer Zeit vorbehalten.

Die Versuchung des h. Antonius ist uns allen von Kindeszeiten her bekannt, die Kunst hat das Thema vielfach behandelt, der geniale Rops einzig hat an Stelle des Erlösers ein üppiges Weib ans Kreuz gehängt, zu welchem voll Lust und Seelenpein der Heilige emporschaut. — Aber auch Dichter haben die innigen Beziehungen von Religiosität und Sexualität erkannt; Stoll zitiert in seinem monumentalen Werk „Das Geschlechtsleben in der Völkerpsychologie" eine Erzählung aus dem Decamerone (S. 750). Dieses Beispiel ist im Hinblick auf die Anschauungen Freuds noch ganz besonders interessant. Der Einsiedler kann sich beim Anblick des jungen, üppig schönen Weibes sexueller Wünsche nicht erwehren, und die Seelenpein des jungen Mädchens, deren sexueller Ursprung ihm sofort klar ist, während sie selbst keine Ahnung davon hat, benutzt er, um zu sexueller Befriedigung zu gelangen. Das junge Mädchen faßt die Kohabitationen als Gottesdienst auf, und die ihr bevorstehende Ehe scheint ihr sie davon abzuführen, bis sie von erfahrenen Frauen über ihren bisherigen Gottesdienst aufgeklärt wird.

Wir möchten die Heldin dieser Erzählung als eine Hysterika auffassen. Binswanger gibt auf S. 329 seiner Monographie der Hysterie folgendes Beispiel: „17 jährige Hysterika kam wegen eines tik-



artigen Kopfschüttelns in B.s Behandlung. Erzählte, daß sie häufig von den häßlichsten, ekelerregenden, ihr sittliches Gefühl empörenden Vorstellungen heimgesucht werde, wenn sie (sie war die Tochter eines Predigers) betete, so drängten sich ihr zwischen die Worte des Gebetes unausgesprochene, aber sehr lebhafte Gedanken an geschlechtliche Vorgänge, in erster Linie Erinnerungen aus ihrer Kindheit an nackte Knaben und deren Geschlechtsteile, dann aber auch an geschlechtliche Vorgänge überhaupt. Aus einzelnen Andeutungen ging hervor, daß die Vorstellungen Gottes sich mit diesen geschlechtlichen Gedanken in der Weise verbanden, als ob Gott selbst geschlechtliche Handlungen ausführte. Bei der Erwähnung dieser Dinge brach sie in ein verzweiflungsvolles Schluchzen aus und wurde zweimal von einem heftigen allgemeinen Schüttelkrampf befallen."

Diese beiden Fälle sind sehr instruktiv. Im einen Falle ein ganzes Kind, das über die sexuellen Verhältnisse nicht aufgeklärt, den unverstandenen Trieb für einen teuflischen Einfluß hält, den sie durch religiöse Übungen bannen will, dann aber durch einen zweifelhaften Heiligen die Sexualität kennen lernt, allerdings unter anderer Bezeichnung. Im Binswangerschen Falle haben wir ein „wissendes" Mädchen vor uns; die Innigkeit seines Verhältnisses zu Gott, die erwachende Sexualität, die in diesem Alter sich hie und da oft den Eltern zuwendet, läßt sie in Anknüpfung an Erlebnisse in früher Kindheit in neurotische Erkrankung fallen. Die exquisite Religiosität, die ständige Beziehung zu Gott und den Himmlischen veranlaßt aber nicht nur den Begriff der Gotteskindschaft, sie geht noch viel weiter, so daß man geradezu von einem sexuellen Verhältnis sprechen kann, das sich dann auch auf die Vertreter Gottes auf Erden erstrecken kann. Es sei auf die neuerdings in deutscher Ausgabe erschienenen Briefe der h. Katharina von Siena verwiesen; auch die Einleitung bietet manch psychologisch interessantes Detail.

Sehen wir gelegentlich bei disponierten Personen wie unserer Frau Z. religiöse und sexuelle Vorstellungen sich mischen, so ist das in noch höherem Maße der Fall bei Hysterischen. Aber nicht nur die normale Sexualität spielt eine Rolle, sondern auch die Perversionen haben ihre Vertreter, wofür die Geschichte von den „gepeitschten Jungfrauen von Obervaz" (Kt. Graubünden) ein Beispiel aus jüngster Zeit darstellt. Da von zuständiger Stelle — die Affäre wurde auch psychiatrisch untersucht — eine eingehende Darstellung in der Fachpresse noch nicht erfolgt ist, so möge hier der Tatbestand, wie er durch die gerichtliche Untersuchung festgestellt wurde, folgen:

„(September 1906.) Seit 1—1½ Jahren erhielten viele Obervazer Jungfrauen im Alter von 18—20 Jahren und auch zwei jüngere Frauen geheimnisvolle Briefe, die von den kirchlichen Oberbehörden auszugehen schienen und die natürlich gefälschte Unterschrift des hochangesehenen Paters Mauruv Carnot von Dissentis, sowie das Bildnis des Papstes trugen. Die Briefe enthielten die Aufforderung, sich von dem Mesmer Baltermin, der über 60 Jahre alt ist, in der Sakristei bis aufs Blut zum eigenen Seelenheil und dem Abgeschiedener peitschen zu lassen, und zwar auf den bloßen Leib. Mit dem rinnenden Blut sollte ein Gelübde unterschrieben werden, welches den Gegeißelten Vergebung der Sünden und mancherlei irdische und himmlische Vorteile gelobte.

Der Mesmer besorgte das Auspeitschen ganz allein und bediente sich derber Birkenruten; er wollte auch an den Mädchen noch andere, aus den griechischen Hetärensitten bekannte Toilettenkünste anwenden, bei welchen das Rasiermesser eine bedeutsame Rolle spielen sollte. Gegen letzteres soll sich aber das weibliche Schamgefühl mit Erfolg gewehrt haben."

Dann fanden wir wieder halluzinatorische Zustände, so las ich in der Monatsschrift des Institutes Bethlehem (herausgegeb. mit dem Segen und der Ermutigung des h. Vaters und mit hoh. Approbation der h. St. S. Haas Bischof von Basel-Lugano und des h. St. J. F. Battaglia Bischof von Chur) folgendes Geschichtchen:

„Eine liebliche Legende erzählt, daß die hl. Theresia eines Tages, da sie durch die Klosterhallen schritt, einem wunderschönen Kinde begegnete. Ganz erstaunt frug sie mit milder Stimme:

„Woher kommst du denn, mein Kind, und wie heißest du?" Das Kind antwortete: „Sage mir zuerst, wer du bist, dann sage ich dir, wer ich bin."

„Ich bin Theresia von Jesu."

Und ich bin Jesus der Theresia.

Und die Erscheinung verschwand."

So ordnen sich alle diese Erscheinungen in einen großen Zusammenhang. Der Trieb, der wie ein verheerender Bergstrom daher braust, vergesellschaftet sich aufs innigste mit jener anderen Tendenz der Psyche, die ich das religiöse Bedürfnis nennen möchte; beide haben aber eine gemeinsame Wurzel: die völlige Hingabe an das Objekt ihrer Wahl. Angst und Sorge führen die Analogie weiter und schließlich wird ja die Liebesphraseologie auf die religiöse Hingabe übertragen. Die Behandlung des



Sexuellen als etwas Ekelhaftem und Unreinem durch die Religion, insbesondere die christliche, verdrängt bei ihren Angehörigen die Sexualität mehr oder weniger, bis sie sich dann in dieser oder jener Richtung rächt. Diese verdrängte Sexualität bildete im Fall Z. wohl den Rezipienten für die Suggestionen, die dann auch zu gleichen Resultaten führten, bei einer Beteiligten sich sogar noch weiter entwickelten. Wie groß der Einfluß der Sexualität auf die Entstehung der psychischen Epidemien auf religiösem Gebiet ist, wagen wir nicht zu entscheiden, wennschon wir der Ansicht zuneigen, daß ohne sie in intensiver und größerer Ausdehnung derartige Vorkommnisse nicht möglich wären. (Wie früher angedeutet, soll dieses Problem in einer späteren Arbeit ausführlich diskutiert werden.)

Apraxie und Demenz.

Von Dr. *Krahmer*, Dalldorf bei Berlin.

Für die Aufklärung der Beziehungen von Apraxie und Demenz ist es außerordentlich lehrreich, gewisse exzessiv demente Paralytiker auf ihre Handfertigkeit zu prüfen.

Soweit mir die Literatur zugängig war, ist der sich hier oft findende Gegensatz erst einmal betont und an Beispielen erläutert.*) Der Verfasser beschreibt 14 Fälle, in denen im allgemeinen ein erheblicher Schwund der Intelligenz festzustellen war, von denen aber nur zwei die für Apraxie charakteristischen Erscheinungen zeigten; aber selbst bei Kranken, die auf der tiefsten Stufe der Verblödung stehen, finden wir oft keine Apraxie.

Zwei Kranke, bei denen der Gegensatz zwischen den sonstigen Fähigkeiten und der Praxie noch eklatanter ist als in Van der Vloets Fällen, sind zurzeit in meiner Beobachtung:

Fall I betrifft einen 42 Jahre alten Mann, bei dem im Jahre 1906 die Diagnose Dementia paralytica gestellt wurde und der sich seit dieser Zeit in der Irrenanstalt Dalldorf befindet. Er zeigt eine schwachsinnige Zufriedenheit, die sich meist in vergnügtem Lächeln äußert, daneben völlige Gleichgültigkeit gegenüber den Vorgängen in seiner Umgebung. Fragen nach seinem Alter, nach seiner Frau und Kindern beantwortet er nur mit blödem Lachen, er ist außerstande, die kleinsten Rechenaufgaben, wie 2×2 oder dergl., zu lösen. Seit längerer Zeit ist er dauernd unrein und hat nur noch stumpfsinniges Interesse für seine Mahlzeiten. Derselbe Kranke bewies, als ich ihn bezüglich seiner Praxie prüfte, daß dieselbe fast tadellos erhalten war. Streichholz oder Zigarre anstecken, ein Glas Wasser aus der Karaffe einschenken usw. macht er, abgesehen von der durch die Paralyse bedingten Ataxie, einwandsfrei.

*) Journal de Neurologie, Bruxelles 1907, Dr. Van der Vloet, Apraxie et démence.

Bei Fall II handelt es sich um einen 51 Jahre alten Mann, der wegen Dementia paralytica seit 1905 in Dalldorf ist. Bei diesem Kranken ist das psychische Leben fast gänzlich erloschen. Seit drei Jahren spricht er kein Wort mehr, sondern stößt nur unartikulierte, tierische Laute aus, die zeitweise zu einem stundenlangen, einförmigen Brüllen führen. Auch das Sprachverständnis scheint geschwunden, jedenfalls befolgt er, ohne etwa taub zu sein, keine gesprochene Aufforderung. Sobald ihm Essen gereicht wird, schlingt er es hastig hinunter, völlig unempfindlich gegen die aus seiner Gier resultierenden Folgen. Offenbar von seiner Berufstätigkeit her — er war Schutzmann — besteht bei dem Kranken noch eine auffällige Ordnungsliebe. Dieselbe äußert sich in ganz automatischer Weise. Er legt jede Decke im Saal glatt, dreht jeden laufenden Wasserhahn zu, schließt jede geöffnete Tür, hindert bettflüchtige Kranke, das Bett zu verlassen, knöpft aufgegangene Hemden zu. Alles das macht er stumm oder unter Ausstoßung tierischer Laute, ohne daß irgendein Rapport mit ihm möglich ist. Gerade bei diesen Verrichtungen zeigt sich seine tadellose Praxie, alles geschieht aber rein maschinenmäßig, jede Spur von Überlegung fehlt.

Zu gleichwertigen Resultaten führten auch die Untersuchungen bei anderen geeigneten Kranken.

Wir sehen also, daß bei einem völligen Verfall aller übrigen geistigen Fähigkeiten, einschließlich der sprachlichen, die Praxie verschont bleiben kann.

Es fällt auch bei der Untersuchung Apraktischer sofort auf, daß man es häufig durchaus nicht mit blödsinnigen Kranken zu tun hat. Sie sind sich ihres Defektes oft wohl bewußt und leiden unter dem Nichtkönnen. Immer wieder versuchen sie und immer kehren die Entgleisungen wieder. Andererseits macht ein allgemein Dementer gar keinen rechten Versuch, zum Ziele zu kommen, mit blöd-

sinnigem Lächeln steckt er die ihm gereichten Gegenstände in den Mund, oder dergl.

Selbstverständlich ist zuzugeben, daß die Verblödung eines Kranken so hochgradig sein kann, daß ihm auch die Möglichkeit der Ausführung alltäglicher Manipulationen verloren geht, aber es ist von Wichtigkeit zu betonen, daß gerade die Praxie in vielen Fällen dem allgemeinen Verfall der geistigen Kräfte am längsten Widerstand leistet.

Mitteilungen.

— Ein **medizinisch-pädagogisches Kinderheim, „Sonnenblick"**, ist von Gustav Major im April dieses Jahres in **Zirndorf** bei Nürnberg begründet worden. Es ist bestimmt für anormale Kinder höherer Stände, die besonderen Unterricht und längere, dem Einzelfall sorgfältig angemessene Heilpflege und Heilerziehung brauchen, für Kinder, für die wegen Regelwidrigkeiten, Störungen, vorübergehender oder dauernder Schwächen des Nervensystems oder des Seelenlebens der Unterricht in der öffentlichen Schule sich nicht recht eignet, die aber doch noch, wenn auch schwer, bildsam und erziehbar sind: geistig Zurückgebliebene, psychopathische Konstitutionen, auffallende Charakterfehler, motorische und choreiforme Störungen, Sprach- und Gehörfehler, Ausfallserscheinungen, Schulmüdigkeit, Nervosität. Ausgeschlossen sind bildungsunfähige und epileptische Kinder mit schweren gehäuften Anfällen. Der gesamte Tagesplan für die Pflege jedes Kindes und für seine geistige Beschäftigung nach Art und Dauer wird gemeinsam mit dem Hausarzt bestimmt. Hausarzt des Instituts ist Nervenarzt Dr. v. Rad in Nürnberg. Konsultierende Ärzte sind Prof. Specht und Prof. Jamin in Erlangen. Unterricht und Erziehung liegen im wesentlichen in den Händen des Leiters, G. Major, früher u. a. drei Jahre Leiter der Schule an der Heil- und Pflegeanstalt Elisabethstift zu Veinstedt am Harz, und drei Jahre des Erziehungsheims Kinderschutz in Zehlendorf. Körperliche Züchtigung ist grundsätzlich ausgeschlossen. Neu und sehr zweckmäßig ist die in der Anstalt gebotene Möglichkeit, Kinder auf (in der Regel) fünf Wochen auf ihren physischen und psychischen Status beobachten zu lassen zwecks Abgabe der Beobachtungsdaten, eines eingehenden Gutachtens und der Direktiven für die weitere Behandlung.

In dem wissenschaftlichen Beirat der Anstalt befinden sich erste Autoritäten der Medizin und Pädagogik.

— **Preussen. Immediateingabe irrsinniger Strafgefangener.** Immediateingaben sind begreiflicherweise in den Irrenabteilungen der Strafanstalten an der Tagesordnung; denn die dort Inhaftierten halten sich zu einem großen Teil für Vergewaltigte, die durch eine Beschwerde bei dem Landesherrn eine Änderung ihrer Zwangslage herbeiführen möchten. Solche Eingaben wurden bisher von den einzelnen Anstaltsabteilungen verschieden beurteilt und behandelt. Um eine einheitliche Behandlung der Immediateingaben herbeizuführen, hat der Minister des Innern, dem die Strafanstalten unterstellt sind, folgendes bestimmt: „Die Immediateingaben 1. der wegen Geisteskrankheit entmündigten Gefangenen sind nicht weiterzureichen, sondern dem Vormund zu übergeben, 2. der Gefangenen, deren Geisteskrankheit durch den Anstaltsarzt bereits festgestellt ist, ohne daß das Entmündigungsverfahren durchgeführt ist, sind zurückzuhalten, 3. der Gefangenen, bei denen nur die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit einer geistigen Erkrankung besteht, sind ohne Anschreiben an das Zivilkabinett Sr. Majestät des Kaisers und Königs abzusenden."

Referate.

— W. Schleyer, Professor an der Technischen Hochschule zu Hannover, Geheimer Rat. Bäder und Badeanstalten. Leipzig, C. Scholtze (W. Junghans), Verlag für Architektur, Technik und Gewerbe. 1909. 748 Seiten. 548 Abbildungen.

Die technische Literatur über Anlage und Einrichtung der Bäder hat, wie es im Vorwort zu diesem epochemachenden Werke heißt, bei weitem nicht gleichen Schritt gehalten mit der kaum geahnten Entwicklung und Ausdehnung, welche das Badewesen während der letzten zwei bis drei Jahrzehnte erfahren hat. Zum letzten Male ist das Gebiet vor etwa zwanzig Jahren von Osthoff (Bäder und Badeanstalten der Neuzeit) eingehend dargestellt worden; was inzwischen erschienen ist, greift mehr oder weniger auf Osthoff zurück. Die Technik hat aber seitdem weitere bedeutende Fortschritte gemacht, das Badewesen ging auch z. T. andere Wege, als man kurz zuvor bei seiner Wiederbelebung gedacht hatte. So ist auf völlig verändertem Boden ein ganz neues Werk erstanden. Es gliedert sich in zwei Teile. Der erste enthält die geschichtliche Darstellung des Badewesens von den ältesten Zeiten bis an die Schwelle der Gegenwart; er umfaßt 303 Seiten. Es ist ein ganz ungewöhnlich interessantes kulturgeschichtliches Bild, das sich uns hier entrollt. Wir lesen von dem Badewesen in Indien, bei den Parsen, bei den babylonisch-assyrischen Völkern, bei den Juden in Palästina, in Syrien, bei den Ägyptern; von dem Badewesen der Griechen in homerischer Zeit, Tiryns, Mykene, in Sparta, Olympia, Epidauros, Priene, auf Vasenmalereien, in den Gymnasien in Assos, Eretria, Termessos, Hierapolis, Ephesos, Alexandrei-Troas, vom Hausbad in Priene, von Mineral- und Seebädern und von Heilbädern bei den alten Griechen; — von dem Badewesen der Römer: Hausbäder im alten Rom, Wasserversorgung der Stadt Rom, Luxusbäder in Schiffen und Palästen, Hausbäder in den Provinzen, Villen bei Pforzheim, Allenz, Hausbad der Villa



rustika in Boskoreale, die badetechnischen Einrichtungen (Rohrleitungen etc.), öffentliche Bäder, die Thermen von Pompeji, Timgad (Nordafrika), im Lager von Lambaesis (ebenda), von Velleja, die Thermen der verschiedenen römischen Kaiser, die Thermen von St. Barbara in Trier, von Julius Cäsarea, von Badenweiler, von Nîmes etc., die Mineralbäder der Römer und ihre Seebäder; — die Bäder bei den Byzantinern: Thermen des Honorius und Arkadius, das Bad im großen Kaiserpalast in Konstantinopel; — das Badewesen der Muhammedaner: die religiösen Reinigungsgebräuche des Islam, Waschplätze der Moscheen in Konstantinopel, Kairo; muhammedanische Schwitzbäder, Hausbäder in Kairo, Feuerung der öffentlichen Bäder, öffentliches Doppelbad im Bezirk Surugiéh in Kairo, maurisches Bad in der Alhambra zu Granada, türkische Mineralbäder in den Balkanländern und Ungarn, in Brussa, in Kleinasien, öffentliches Bad zu Kaschan (Persien); — das Badewesen der germanischen Völker: die Kirche und das Badewesen, das Badewesen des deutschen Rittertums, des frühen deutschen Bürgertums; Freibäder, „Seel"-bäder, Gesellschaftsbäder im 15. und 16. Jahrhundert, die Judenbäder in Deutschland (Speyer, Worms, Andernach, Friedberg); Mineral- und Thermalbäder im Mittelalter; der Jungbrunnen; — das Badewesen der Renaissance- und Barockzeit: Bad im Palazzo del Tè zu Mantua, im Fuggerhause zu Augsburg, in Nymphenburg, in der Karlsaue zu Kassel; Thermalbad in Pisa; Darstellungen von Bädern und Badeszenen (besonders in öffentlichen, gemeinsamen Bädern) in der Kunst; das Bad bei den Skythen, Slaven, Russen, Skandinaviern, Chinesen, Japanern. Der Abschnitt „Badewesen der Neuzeit" stellt unter Vorführung einiger öffentlicher Bäder aus dem 17., 18. und 19. Jahrhundert die Wiederbelebung des Badewesens in der Übergangszeit zur Gegenwart dar. 236 vorzügliche Abbildungen illustrieren dieses hochinteressante Stück Kulturgeschichte. Abgesehen von den technischen Fortschritten der Gegenwart finden wir in weit zurückliegender Zeit vieles wieder, was wir als Errungenschaft der Neuzeit unserem Geschlecht nachrühmen, aber auch manches, was Schwarzseher als eine erst von unserer Zeit geborene Entartung der Sitten hinstellen.

Der zweite Teil zeigt uns das Badewesen in der Gegenwart, besonders in Deutschland. Zunächst die öffentlichen Stadt- und Landbäder, deren allgemeine Erfordernisse: Lage und Zahl, Größe, Kosten, allgemeine Anordnung der Badeanstalten; die Bestandteile und Einzelheiten der Badeanstalten und die Berechnung der technischen Einrichtungen — ein zirka 130 Seiten umfassender, äußerst lehrreicher Abschnitt mit zahlreichen Tabellen, Skizzen und Grundrissen. Die Berechnung ist an Beispielen erläutert. Wir finden in diesem Abschnitt folgende Themata behandelt: die Schwimmhalle, das Vollbad, das Wannenbad, das Schwitzbad, das Brausebad, das Luft- und Sonnenbad, medizinische Bäder, die Wasserversorgung, die Warmwasserbereitung, die Wasserbehälter, die Rohrleitungen, Heizung, Lüftung, künstliche Beleuchtung, Aborte, Wäscherei, Nebenräume und Nebenanlagen, Wärmebedarf bei Tagesbetrieb im Winter, derselbe bei Füllung der Schwimmbecken während der Nacht im Winter, bei Tagesbetrieb im Sommer, Berechnung der Dampfmenge und Kesselheizfläche usf.

Der folgende Abschnitt: Ausgeführte Stadt- und Landbäder mit zahlreichen Abbildungen und Entwürfen, 137 Seiten umfassend, führt uns mitten in die Wirklichkeit großartiger Anlagen. Nicht weniger als 131 Ansichten und Grundrisse von Badeanstalten, Schwimmbädern, Volksbädern, Volksbrausebädern lernen wir kennen. Dann kommen: Stadt- und Landbäder für besondere Zwecke, nämlich: Schulbäder (zu denen die erste Anregung Flügge, damals in Göttingen, gegeben haben soll; der Oberbürgermeister Merkel daselbst hat dieser Anregung praktische Gestalt gegeben), Fabrik- und Arbeiterbäder, Bäder für Armee und Marine, in Gefängnissen und Krankenhäusern. Ferner die Wasserheilanstalten, die Mineral- und Thermalbäder, die Trinkhallen und Inhalatorien, die Moor- und Schlammbäder, die Freibäder in künstlich geschaffenen Bassins und die Freibäder in Seen und Flüssen und im Meer, die Licht-, Luft- und Sonnenbäder; der Abschnitt Freibäder umfaßt 147 Seiten und gibt ebenfalls zahlreiche Abbildungen vorhandener mustergültiger Anlagen mit genauer Schilderung, Berechnungen etc. — Ein Kapitel: Bäder der Tiere beschließt das Werk.

Der Arzt, auch wenn er durch seinen Spezialberuf die Balneologie schon gründlich kennen gelernt hat, wird die Lektüre dieses ausgezeichneten Werkes nicht beenden ohne die genugtuende Empfindung, damit eine Lücke seines Wissens ausgefüllt zu haben. Es gehört zur ärztlichen Bildung, über die kulturhistorische Stellung des Heilmittels, das er fast täglich verordnet, unterrichtet zu sein. Über den praktischen Wert des Buchs als Führer bei Projektierung, Bau und Betrieb von Badeeinrichtungen braucht kein Wort hinzugefügt zu werden. Es sei nur nochmals auf die wertvollen Kostenanschläge, Entwürfe und Zeichnungen hingewiesen, die das Buch zu einem unentbehrlichen, äußerst wertvollen Nachschlagewerk und zu einem verläßlichen Ratgeber für Inhaber und Leiter von Sanatorien und Krankenanstalten, für Ärzte und Techniker macht.

Dem Werke kann eine äußerst günstige Aufnahme prognostiziert und muß recht weite Verbreitung gewünscht werden. Dr. Bresler.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 13. 19. Juni **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt:
Beiträge zur Methodik der Sondenernährung bei Geisteskranken. Von Dr. Friedr. Mörchen, Ahrweiler. (S. 113.) — Mitteilungen (S. 116): Der offizielle Bericht über den III. internationalen Kongreß für Irrenpflege, Wien 1908. Der XII. internationale Kongreß gegen den Alkoholismus. Die Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend. Budapest. Wien. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. (Fortsetzung aus Nr. 9.) — Personalnachrichten. (S. 120.)

Beiträge zur Methodik der Sondenernährung bei Geisteskranken.

Von Dr. *Friedr. Mörchen*-Ahrweiler.

Wir praktischen Psychiater müssen oft hören, daß unsere ärztliche Tätigkeit sich schließlich auf die Überwachung des Pflegepersonals beschränke. In einer psychiatrischen Zeitschrift brauche ich nicht die Gründe anzuführen, mit denen wir einer solchen Behauptung entgegentreten können, wenn wir auch zugeben müssen, daß unsere Therapie bisher noch eine in ihrem Umfange und ihrer Wirksamkeit relativ beschränkte ist.

Ich möchte hier nur auf einen besonderen Teil unserer speziellen ärztlichen Tätigkeit eingehen (dessen methodischer Ausbau mir von größerer Bedeutung zu sein scheint, als sie ihm gewöhnlich beigelegt wird), auf die künstliche Ernährung abstinierender Geisteskranker.

Zwar kann in dem Gebrauch der Schlundsonde jeder Arzt, der sich mit Magenkranken zu beschäftigen Gelegenheit hat, eine große Fertigkeit erlangen. Für den Psychiater ergeben sich bei der Anwendung der Magensonde jedoch eine Menge erschwerender Umstände, die ausnahmslos zu überwinden sehr viel Geschick und vor allem Übung erfordert. Wenn die künstliche Ernährung auch nur ein kleiner Ausschnitt aus unserem Arbeitsgebiet zu sein scheint, so gibt es doch kaum eine spezialärztliche Verrichtung für uns, die in gleichem Maße eine Indicatio vitalis besitzt, wie diese. Es erscheint mir deshalb gerechtfertigt, in kurzer Darstellung auf die bisherige, wohl jedem Anstaltsarzt geläufige Methodik der künstlichen Ernährung, vor allem der mit der Sonde, einzugehen, um dann aus eigener Erfahrung einige besondere Hilfsmittel anzugeben, die mir und auch schon andern in schwierigen Fällen ausgezeichnete Dienste erwiesen haben. Daß es solche Fälle gibt, bei denen alle Bemühungen vergeblich zu sein scheinen, mit der Sonde in den Magen zu kommen oder auch das oft willkürliche Erbrechen der Kranken zu verhindern, haben wohl alle Anstaltsärzte schon einmal erfahren. Wieviel da von der ruhigen Sicherheit, dem Geschick und der Übung des Arztes abhängen muß, welche eminente Bedeutung auch das kleinste wirksame Hilfsmittel gewinnen kann, ist klar.

Die Schwierigkeit der Sondenernährung bei Geisteskranken und die mit ihr verbundenen Gefahren finden in den mir zugänglichen älteren und neueren Lehrbüchern eine außerordentlich verschiedene Beurteilung. (Die spezielle Literatur der Frage ist gering, ich werde sie nachher noch kurz zitieren.) Während Kraepelin im ersten Bande seines Lehrbuchs die Sondierung als eine „in den Händen des geübten Arztes völlig harmlose Maßregel, nicht gefährlicher als eine subkutane Injektion" bezeichnet, nennt Binswanger sie in dem von ihm bearbeiteten allgemeinen Teil des bekannten Lehrbuchs „eine der schwierigsten Maßregeln, deren Gefahren nicht unerheblich sind". Ähnlich äußert sich Ziehen in seinem Lehrbuch der Psychiatrie, ferner auch Wernicke in seinem Grundriß. Nach ihm perhorreszieren einzelne Autoren noch heute die Sondenernährung wegen der auch von Wernicke zugegebenen großen Gefahr der Aspiration von Nährmassen. Gerade im Gegensatz hierzu befürwortet Pfister in der Deutschen Ärztezeitung 1906, 5, die Verwendung der Magensonde zu Mastkuren auch bei nicht abstinierenden Geisteskranken.

Auch über den Erfolg der Sondenernährung gehen die Ansichten sehr auseinander. Z. B. meint Kirchhoff in seinem Lehrbuch, daß es Fälle gibt, die wir in keiner Weise, auch nicht mit der Sonde, künstlich ernähren können und somit verhungern lassen müssen. Auch einige andere Autoren bekennen sich zu dieser Anschauung, während wieder andere



eine entgegengesetzte Ansicht vertreten, daß es nämlich nur an der mangelnden Übung oder Geschicklichkeit des Arztes liege, wenn solche Fälle eintreten. Sicherlich läßt sich mit apodiktischer Gewißheit ein Urteil in einer derartigen Frage nicht fällen. Soviel glauben wir aber sagen zu dürfen, daß für das Gelingen der Sondenernährung in schwierigen Fällen Geschick und Übung des Arztes von ausschlaggebender Bedeutung sein können, und daß auch für den dauernden Erfolg, z. B. hinsichtlich der durch Sondenernährung zu erzielenden Gewichtszunahme, von dem Können des Arztes sehr viel abhängt.

Wir übergehen die Frage nach den Umständen und Ursachen körperlicher oder seelischer Natur, welche bei Geisteskranken totale Nahrungsverweigerung bedingen können. Dafür, wie lange man bei einem abstinierenden Kranken mit der Sondenernährung warten soll, lassen sich m. E. keine bestimmten Regeln aufstellen, obwohl eine Anzahl von Autoren, z. B. Kirchhoff, es versuchen. Das Bedenken, daß man zu leicht einem Kranken das normale Essen abgewöhne, wenn man mit der Sonde schnell bei der Hand ist, kann ich nicht teilen. Viel näher scheint mir die Gefahr zu liegen, daß ungeübte oder sich selbst unsicher fühlende Ärzte zu lange zögern; dadurch kann es passieren, daß der Kranke der ihn besonders beim ersten Male immerhin angreifenden Manipulation gegenüber nicht mehr die genügende körperliche Widerstandsfähigkeit besitzt. Auch hält es bekanntlich sehr schwer, einen über eine gewisse Grenze hinaus reduzierten Kranken wieder in die Höhe zu bringen, vor allem wegen der Insuffizienz des Magens, die sich in Erbrechen usw. äußert, während bei rechtzeitigem Eingreifen die Sondenernährung sicher viel weniger Schwierigkeiten macht und oft überraschend schnell das Körpergewicht hebt. Das einzige Bedenken gegen eine frühzeitige künstliche Ernährung dürfte bei einzelnen Kranken in der Möglichkeit bestehen, daß man sie psychisch durch die unvermeidlichen Zwangsmaßregeln erheblich schädigen könnte. In diesen Fällen muß die Entscheidung „nach bestem Wissen und Gewissen" getroffen werden.

Der Ansicht einzelner Fachgenossen, daß die Sondenernährung in keinem einzigen Falle absolut unvermeidlich sei, kann ich nach meinen Erfahrungen nicht beipflichten, wenn auch natürlich bei vielen Kranken durch Geduld, Diplomatie und erfinderisches Vermögen des Arztes ein Aufgeben der absoluten Abstinenz zu erzielen sein mag. Wenn aber einmal eine starke Kräfteabnahme bei fortgesetzt ungenügender Ernährung unvermeidlich erscheint, so soll man sich nicht nur mit Schnabeltasse und ähnlichem, sondern auch mit Nährklistieren und Ölinfusionen (subkutan 200 bis 300 ccm nach Ilberg) nicht lange aufhalten. Nur bei bulbärparalytischen, nicht schluckfähigen Kranken mag man damit versuchen, das doch bald verlöschende Leben noch etwas zu fristen. Bei allen andern sollte die Sondenernährung rechtzeitig begonnen werden. Etwas anderes ist es mit subkutaner oder rektaler Kochsalzinfusion, wie sie Kraepelin, de Boeck, Siemens empfohlen haben, sofern man damit die Abstinenz an sich zu beseitigen versuchen will. Einzelne Fälle werden günstig dadurch beeinflußt. Als Ernährungsmethode können aber weder diese Applikationen noch irgendwelche andere die Fütterung durch die Magensonde ersetzen. Auch bedingen sie mindestens in gleichem Maße wie letztere die Anwendung von Zwangsmitteln und sind, wie z. B. die subkutane Ölinfusion, bei erregten Kranken kaum durchzuführen. Nährklistiere werden auch sehr oft einfach wieder entleert.

Über die Zusammensetzung der Nährmasse will ich mich nicht weiter verbreiten. Darüber haben Klein (M. f. Ps., III, 1) und Pfister (Stuttgart 1899) eingehend sich ausgelassen, und jedes Lehrbuch gibt genügende Hinweise. Vielleicht darf ich kurz einen Fall referieren, eine ältere an Dementia paranoides leidende Frau, die seit nunmehr drei Jahren absolut nichts spontan genossen hat und regelmäßig mit der Sonde ernährt werden muß. Vor zwei Jahren war die Kranke allmählich ganz verfallen, weil die Sondierung ungemeine Schwierigkeiten bereitete und oft ganz unmöglich schien. Sie wog nur noch 70 Pfund und wurde als verlorner Fall betrachtet. Nach Einführung eines bestimmten Tricks, von dem nachher die Rede sein wird, gelang die Sondierung mit einem Male regelmäßig und ohne Schwierigkeit. Seit jetzt fast zwei Jahren wird die Kranke zweimal täglich mit stets der gleichen Nährmasse gefüttert, bestehend aus: 1 Liter Milch, 1 bis 2 Eßlöffeln Hygiama, 3 bis 4 Eiern, 12 Stücken Zucker, einem Stich Butter und dem Saft einer Zitrone. Skorbut ist niemals eingetreten und die Kranke wiegt jetzt 142 Pfund.

Wir sehen, daß die einförmige Ernährung nicht immer nachteilig zu sein braucht, und daß die Sondenfütterung geeignet sein kann, den Kranken nicht nur über Wasser zu halten, sondern sogar eine Mastkur zu vollziehen.

Bei der Besprechung der speziellen Technik der Sondierung übergehe ich der Kürze halber die älteren einschlägigen Arbeiten von Böttger, Emminghaus, Siemens, Klein, Tuczek und halte mich

vorwiegend an die Monographie Pfisters, meines Wissens die einzige Abhandlung in Buchform über die gesamte Frage der Abstinenz bei Geisteskranken. Die Arbeit ist wegen der vielen und wertvollen praktischen Ratschläge, die sie enthält, auch heute noch sehr zur Kenntnisnahme zu empfehlen.

Wie man aus der Literatur und den Lehrbüchern im besonderen wohl entnehmen kann, wie es auch meinen Erfahrungen entspricht, dürfte heutzutage die Sondierung des Magens durch die Nase ganz allgemein bei Geisteskranken derjenigen durch den Mund vorgezogen werden. Das Instrumentarium ist bekannt. Zu empfehlen ist immer die Wahl einer möglichst starken Sonde, die nicht zu hart und nicht zu weich ist. Daß sich die Sonden mit zentraler Öffnung am Magenende leichter einführen lassen als die mit seitlichen Fenstern, weil sie weniger zum Umknicken neigen, ist sicher. Wir haben im übrigen auch keine Nachteile von der zentralen Ausflußöffnung gegenüber der seitlichen gesehen. Die teureren Qualitäten sind die vorteilhaftesten, weil sie viel haltbarer sind als die billigen.

Man sondiert, abgesehen von bestimmten Fällen, mit Vorteil bei einer halbsitzenden Stellung des Kranken. Sehr praktisch ist die Anlegung einer der üblichen Ganzpackungen zur Fixierung widerstrebender Kranker. Zur sicheren Einführung der Sonde empfiehlt es sich, nicht zu langsam mit derselben vorzudringen, wodurch der Kranke immer stärker zum Würgen gebracht wird. Am besten ist ohne Frage die Methode, wie sie schon seit vielen Jahren in der Marburger Klinik geübt wird, wie sie merkwürdigerweise in der Literatur aber nur bei Klein und Pfister Erwähnung findet: Man gießt einige Tropfen (ich persönlich nehme sogar mehrere Eßlöffel) reinen Wassers in den Trichter und hält denselben zunächst bei Einführung der Sonde tief. Sobald letztere ungefähr an der hinteren Rachenwand ist, hebe ich den Trichter höher und benutze die regelmäßig durch das abfließende Wasser bewirkten Schluckbewegungen zum Weitergehen mit dem Instrument. Etwas Übung gehört zu der richtigen Kombination der Bewegungen des Trichterhochhebens und des Sondierens. Hat man das aber richtig erfaßt, so wird man finden, daß in sehr seltenen Fällen die Sonde nicht anstandslos in den Magen rutscht. Ich persönlich habe mehrere Kranke kennen gelernt, unter andern die oben schon erwähnte, bei denen ohne diesen Trick die Fütterung mit der Sonde unmöglich schien, während sie mit ihm glatt gelang.

Auf die geschilderte Weise ersparen wir uns auch die sonst viel empfohlene Auskultierung des Magens durch Lufteinblasen mittels eines Ballons. Gerade wenn man eine nicht zu kleine Wassermenge durch den Schlauch gehen läßt, kann man bei richtigem Schlucken derselben mit Sicherheit auch auf richtige Lage der Sonde schließen. Ein Verschlucken in den falschen Weg ist bei reinem Wasser auch ungefährlich und gibt uns andererseits ein Warnungszeichen. Wer ganz vorsichtig sein will, mag, wenn die Sonde zu liegen scheint, noch einmal eine kleine Menge Wassers hindurchschicken. Glattes Abfließen bedeutet immer richtige Lage.

Viel größere Schwierigkeiten, als sie die Sondierung an sich mit sich bringt, entstehen leider nur zu oft durch stetes Erbrechen insbesondere während der Fütterung. Wenn dieses Symptom regelmäßig eintritt, ist es eine sehr bedenkliche Komplikation und wird von manchen Autoren sogar als eine unüberwindliche und deshalb lebensgefährliche angesehen. Glücklicherweise gibt es aber allerlei Hilfsmittel, um vorzubeugen, und gerade bei dieser unangenehmen Begleiterscheinung der Sondierung ist jede brauchbare und wirksame Gegenmaßregel, auf die man durch Zufall oder Überlegung kommt, von Bedeutung.

Zunächst möchte ich entgegen den meisten Autoren behaupten, daß ein sofortiges Herausziehen der Sonde, wenn Erbrechen eintritt, nicht nötig ist. Wenn man den Kranken aufrichtet, so fließt das Erbrochene leicht und gefahrlos neben der Sonde heraus. Oft hört nach einmaligem Brechen das Würgen auf, und man kann ruhig weiter einfließen lassen, während erneute Sondierung wiederholten Brechreiz bedingt.

Die Maßregeln, die man prophylaktisch gegen das Erbrechen anwenden kann, sind in sehr großer Zahl angegeben und wohl meistens bekannt. Besonders Pfister gibt das Register dieser Hilfsmittel in extenso wieder, so daß ich auf ihn verweisen kann.

Ich will zum Schluß nur einige Momente anführen, die ich weder bei Pfister noch in der übrigen Literatur genügend betont finde, die mir aber in einigen Fällen von einschneidender Bedeutung für die Verhütung des so gefährlichen und oft scheinbar „unstillbaren" Erbrechens zu sein scheinen: Zunächst ist es von Wichtigkeit, daß die Sonde nicht nur an der Spitze, sondern im ganzen reichlich eingeölt wird. Je schneller und glatter sie eingeführt wird, was natürlich auch noch von dem Geschick des Arztes abhängig ist, um so weniger leicht tritt Erbrechen auf. Langes Herumstoßen mit der Sondenspitze an den Rachenorganen muß ja zu Würgen führen. Deshalb scheint mir die oben beschriebene



Methode mit dem Schluckenlassen der Sonde so besonders vorteilhaft zu sein.

Das zum Einfetten zu verwendende Öl muß jedesmal frisch sein und darf deshalb nur in kleinen Quantitäten in eine Schale gegossen werden. Der ganze Apparat zur Fütterung muß stets peinlich sauber gehalten sein, was wegen der Schwierigkeit der Reinhaltung der Gummischläuche im Innern besonders zu betonen ist. Die letzteren nehmen leicht einen üblen Geruch an, der allein genügen kann, dem Kranken Ekel zu verursachen. Die Gefäße, aus denen die Nährmasse eingegossen wird, sollten immer dem entsprechen, was man sonst auf seinem Tisch zu benutzen gewohnt ist. Zuweilen hat man bei Neigung zu Erbrechen schon damit Erfolg, daß man dem Kranken beim Füttern die Augen verdeckt. Wenn er die Nährmasse nicht einlaufen sieht, bekommt er weniger Ekel und viele Patienten widerstreben dann auch weniger stark. Beachtet muß werden, daß manche Kranke durch Pressen der Hände auf die Bauchdecken Erbrechen hervorzurufen verstehen.

Versagen die bisher genannten, eigentlich stets anzuwendenden Vorsichtsmaßregeln, so empfiehlt sich zunächst unter den vielen medikamentösen Gegenmitteln, die angegeben worden sind, vor allem eine Injektion von Morphium und Hyoszin in der üblichen Dosierung eine halbe Stunde vor der Fütterung. Von äußeren Maßnahmen wäre vor allem zu erwähnen die folgende: Man stellt eine Querlage des Patienten her und führt bei tief herabhängendem Kopf die Sonde ein. Ob es die Hyperämisierung des Gehirns oder die straffe Ausdehnung der Bauchdecken ist, was wirkt, — jedenfalls ist das Mittel mir in vielen Fällen probat gewesen. — Daß bei Neigung zu Erbrechen Magenspülungen, zu denen nach Einführung der Sonde die Gelegenheit ja sehr günstig ist, von gutem Erfolg sein können, ist bekannt. Vor allem bekämpfen wir mit Ausspülungen die Neigung, nach der Fütterung zu erbrechen, wenn es nicht genügt, den Kranken noch eine Zeitlang in derselben Stellung zu fixieren.

Das Herausziehen der Sonde soll meines Erachtens stets schnell und in einem Zug geschehen. Bei allmählichem Zurückgehen tritt fast immer die Neigung zum Würgen auf. Sehr wichtig ist es, die bekannte Maßnahme genau zu befolgen, daß man das Lumen der Sonde beim Herausziehen fest verschließt.

Ob es tatsächlich Patienten gibt, bei denen eine Sondenfütterung wegen Widerstrebens, Würgens oder wegen immer wiederkehrenden Erbrechens wirklich undurchführbar ist, will ich nicht entscheiden. Ich habe in allen Fällen von erschwerter Sondenernährung, die mir in öffentlichen und privaten Anstalten vorkamen, unter Beachtung der vorhin geschilderten Maßregeln das Gewünschte erreicht. Dabei habe ich die Erfahrung gemacht, daß oft die Nichtbeachtung auch nur eines der angeführten Momente genügen konnte, um die Sondierung scheinbar unmöglich zu machen. Andererseits glaube ich sagen zu dürfen, daß wir bei geschickter Handhabung unseres einfachen Instrumentariums keine komplizierten Apparate brauchen, wie sie von Serrigny u. a. angegeben worden sind. Unser Bestreben muß es sein, die Methode der Sondenernährung, die in der heute üblichen Form übrigens eine noch ziemlich junge Errungenschaft der psychiatrischen Praxis darstellt, nach Möglichkeit zu vereinfachen. Alles, was dazu beitragen kann und gleichzeitig geeignet ist, die Sicherheit und Gefahrlosigkeit der Sondenernährung zu erhöhen, ist wert, Allgemeingut der behandelnden Anstaltsärzte zu werden und gereicht unseren Kranken, die wir künstlich ernähren müssen, zum Segen.

Mitteilungen.

— **Der offizielle Bericht über den III. internationalen Kongress für Irrenpflege, Wien 1908**, wird im Laufe des Juli d. Js. erscheinen und den Mitgliedern zugeschickt werden. Nichtmitglieder können denselben von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., Reilstr. 80 beziehen.

Der Generalsekretär: Prof. Dr. Pilcz.

— **Der XII. internationale Kongress gegen den Alkoholismus**, der vom 18. bis 24. Juli in London tagen wird, verspricht nach den bisher getroffenen Vorbereitungen einen hervorragenden Platz unter diesen Tagungen einzunehmen, vor allem was die wissenschaftliche Förderung der Alkoholfrage betrifft. Für die wissenschaftliche Sektion haben die bedeutendsten Forscher Vorträge angesagt, so Prof. Sims Woodhead über „Alkohol und Temperatur", Prof. Clouston über „Die Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen den Alkohol", F. W. Mott über „Die Wirkungen des Alkohols auf das Nervensystem auf Grund klinischer Erfahrungen". Prof. Laitinen wird über die Fortsetzung seiner Versuche über den Einfluß des Alkohols auf die Bildung der Schutzstoffe



im Blute berichten, deren Veröffentlichung auf dem Stockholmer Kongresse soviel Aufsehen erregt hat.

Welch große Sympathie dem Kongresse in England entgegengebracht wird, geht daraus hervor, daß den Mitgliedern am Eröffnungstage von Seite der Regierung ein Empfangsabend bereitet wird; es ist dies das erste Mal, daß einem Kongresse in London eine derartige Ehrung bereitet wird.

Von Seite einiger deutscher und österreichischer Kongreßbesucher wird eine gemeinsame Überfahrt geplant. Alle, die etwa daran teilzunehmen gesonnen wären oder über sonstige Einzelheiten genaues Programm des Kongresses und dergleichen Auskunft wünschen, mögen sich an den Schriftführer des Vereines abstinenter Ärzte, Dr. med. Holitscher in Pirkenhammer bei Karlsbad, wenden.

— Die **Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend** hat die ehemalige Dr. Götzesche Nervenheilanstalt in Naunhof ab 1. April d. Js. pachtweise übernommen und führt sie unter dem Namen „Erholungsheim Naunhof der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend" fort. In diesem Erholungsheim werden leicht nervöse Kassenpatienten und Rekonvaleszenten aufgenommen. Es sind 50 Betten vorhanden. Mit dem Erholungsheim ist organisch eine Walderholungsstätte verbunden, in der ebenfalls bis zu 50 Personen mit gleicher Krankheitsursache Aufnahme finden können. In der Walderholungsstätte sind die Mitglieder nur tagsüber dort, am Abend suchen sie wieder ihre Wohnung auf. Beide Anstalten werden von seiten der Kasse verwaltet. Die ärztliche Behandlung hat gegen Vertrag Dr. med. Sperling in Naunhof übernommen.

— **Budapest.** Der 18. Mai war für die Budapester Wohlfahrts-Polizei in psychiatrischer Hinsicht ein auffallend schwieriger. Im Verlaufe von sieben Stunden wurden in den Straßen Budapests acht Geisteskranke aufgegriffen. Ein alter Mann, total nackt, wollte als Apostel Petrus angebetet werden. Ein junger Mann bezeichnete sich als Sohn Abdul Hamids und verlangte Schutz vor den Jungtürken. Ein Arbeiter namens Nikolaus Lerák wollte in einer Straße alle Passanten niederstechen. Auf dem Pasaréter-Boulevard kletterte der Unterbezirksrichter Julius Sántha von Baum zu Baum in der Einbildung, er sei ein Vogel. Die letzteingelieferte arme Geisteskranke war ein junges Mädchen, das klagend durch die Straßen lief und jeden Passanten fragte, ob man nicht ihren Peter gesehen. In der Polizeiwachstube herrschte ohrenbetäubender Lärm und die Ärzte und freiwilligen Retter hatten Mühe genug, die Irrsinnigen nach dem Irrenspital zu bringen.

(Münch. neueste Nachrichten, 22. 5. 09.)

— **Wien.** In der Nacht zum Ostermontag wurde in der niederösterreichischen Landesanstalt „am Steinhof" auf Pavillon 14 ein Paralytiker Namens Georg Feigl unruhig. Während sich der diensthabende Pfleger im Verein mit einem nach Alkoholhalluzinose rekonvaleszenten Kranken um den Patienten bemühte, wurde durch den Lärm, den letzterer verursachte, der Pfleger Scontos geweckt. Sc. hatte nicht Dienst. Er fuhr aus dem Schlafe auf, rannte schlaftrunken in den Saal, erwischte einen Bettdurchzug, warf diesen schlingenartig dem Kranken um den Hals und riß ihn damit zu Boden. Am Boden liegend soll sich der Patient noch weiter gewehrt haben und die Balgerei dauerte noch einige Momente an. Der Kranke wurde dann zu Bett gebracht; er war mit Hautabschürfungen im Gesicht sowie mit einigen Suffusionen am Körper behaftet und bewußtlos. In ihrer Angst beschlossen die Pfleger, keinen Arzt zu rufen, weil sie hofften, den Fall vertuschen zu können. Gelegentlich einer Inspizierung um 5 Uhr früh kam der Traktpfleger auf die Verletzungen und erstattete die Anzeige. Bei Feigl stellten sich im Laufe des Vormittags unter beträchtlicher Temperatursteigerung Anfälle ein, und ohne das Bewußtsein erlangt zu haben, starb Feigl um 1/23 Uhr nachmittags. Der Anstaltsdirektor, Regierungsrat Dr. med. Schlöß, ließ den Pfleger Sc. verhaften und erstattete die Polizeianzeige. Bei der am nächsten Tage von Prof. Kolisko vorgenommenen gerichtlichen Obduktion fand sich bei Feigl außer dem die auf progressive Paralyse gestellte Diagnose bestätigenden Gehirnbefunde eine Fraktur des Kehlkopfes, drei Rippenbrüche und im rechten Lungenunterlappen eine beginnende Lobulärpneumonie. Die beiden Gerichtsärzte, Prof. Kolisko und Prof. Richter, nahmen den Zusammenhang zwischen den Verletzungen und den paralytischen Anfällen als unerwiesen an und betonten in ihrem Gutachten die Möglichkeit, daß die paralytischen Anfälle von der beginnenden Lungenentzündung ausgelöst sein könnten. Infolgedessen wurde der Pfleger Sc. nur wegen schwerer Körperverletzung zu sechs Monaten Kerker verurteilt. Die Richter nahmen nur die Fraktur des Ringknorpels des Kehlkopfes als durch Sc. herbeigeführt an. Die Fraktur der Rippen dürfte sich der Kranke schon vor dem Angriffe des Sc. dadurch zugefügt haben, daß er an ein Bett angefallen war.*)

War schon die verabscheuenswerte Tat des Sc. geeignet, bei der Menge ein Vorurteil gegen die Anstalt „am Steinhof" zu erzeugen, deren Einrichtungen ja nicht nur der strengsten Kritik Stand zu halten vermögen, sondern als mustergültig bekannt sind, so hat leider obendrein ein Teil der Wiener Presse den Vorgang in der denkbar gehässigsten Weise zu Parteizwecken auszuschroten versucht. Bekanntlich sind die Mittel für den Bau der großartigen Wiener Anstalt in erster Linie unter dem Einfluß der im niederösterreichischen Landtage die Majorität bildenden Christlichsozialen bewilligt worden, und die Führer dieser Partei haben es als Ehrensache betrachtet, ein Werk allerersten Ranges in den Dienst der Irrenpflege

*) Sollte nicht außerdem die bei progessiver Paralyse verhältnismäßig häufig vorkommende, ungewöhnliche Brüchigkeit von Knochen und Knorpel vorgelegen haben? Der eben erschienene Bericht der Aufsichtsbehörde der schottischen Irrenanstalten für 1908 teilt z. B. einen solchen Fall mit, wo bei der Sektion ausgedehnte Rippenbrüche gefunden, gleichzeitig aber die abnorm leichte Brüchigkeit der Rippen festgestellt wurde. Die gerichtliche Untersuchung ergab kein Verschulden seitens des Pflegepersonals.



zu stellen. Daß ihnen dies glänzend gelungen ist, wird allerseits neidlos zugestanden. Die Gegner der Christlichsozialen nun verzerrten in zum Teil recht unlauterer Weise den Sachverhalt und ergingen sich in heftigen Angriffen gegen diese Partei, der sie die moralische Verantwortung für angebliche Mißstände in der Anstalt und für die darauf zurückzuführende Handlungsweise des Sc. zuwälzen wollten. Dieser plumpe Versuch, die öffentliche Meinung irrezuführen, ist glücklicherweise an der gesunden, nüchternen Kritik der Wiener Bevölkerung gescheitert.

Wie Unglaubliches selbst dem besseren Publikum über den Betrieb von Irrenanstalten geboten werden kann, dafür folgendes Beispiel. Der „Tag“, ein hochangesehenes Berliner Blatt, das in Aufklärung gewiß keiner anderen Zeitung nachzustehen meint, bringt in Nr. 422, Abendblatt vom 10. Juni, in einem Artikel über den Fall Sc. folgenden Satz: „Auch in der Berliner Irrenanstalt Buch . . . . sind Gewaltanwendung und Schläge zum Schutze der Wärter nicht zu vermeiden, die für Notwehrfälle eine Peitsche unter dem Rock tragen . . . .“

Über diesem Artikel steht: „Von unserem Spezialkorrespondenten.“

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie,** abgehalten am 23. und 24. April 1909. (Fortsetzung aus Nr. 9.)

Berger (Jena): Klinische Beiträge zur Melancholie-Frage.

B. berichtet über 238 Melancholie-Fälle, welche in den letzten zwölf Jahren in der psychiatrischen Klinik in Jena behandelt wurden und über welche Nachrichten bis in die neueste Zeit hinein oder bis zu dem Tode der Betreffenden vorliegen.

Das Verhältnis der Männer zu den Frauen betrug 1:3,1; unter den 238 Fällen waren 145 einmalige und 93 rezidivierende Erkrankungen. Wenn nur Geisteskrankheit, Epilepsie und Potatorium der Aszendenten als belastendes Moment berücksichtigt wurde, fanden sich unter den einmaligen Melancholie-Fällen 41% Erblich-Belastete, unter den rezidivierenden Melancholien 54%, darunter eine gleichartige Belastung bei den einmaligen Erkrankungen in 23%, bei den rezidivierenden Fällen in 30%.

Eine auslösende Ursache wurde gleich oft für die einmaligen Melancholien und die einzelnen Anfälle der rezidivierenden Melancholien angegeben.

Der Vortragende zeigte an der Hand einer graphischen Darstellung die Verteilung der Fälle auf die Lebensjahre, wobei sich ergab, daß das Maximum der Erkrankung an einmaligen Melancholien bei den Frauen in dem Zeitraum zwischen dem 45. und 49. Lebensjahr, bei den Männern etwa zehn Jahre später in die Zeit vom 55. bis 59. Lebensjahr fällt. Die Mehrzahl der Fälle von rezidivierender Melancholie setzen in der Zeit zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr ein.

In den klinischen Erscheinungen konnten an dem Material des Vortragenden wesentliche Unterschiede bei beiden Krankheitsgruppen nicht festgestellt werden. Dagegen zeigte B. wieder an der Hand graphischer Darstellungen, welche die Prozentzahlen der Genesenen in ihrer Verteilung auf jeweils halbjährige Zeitabschnitte enthielten, den rascheren Ablauf der Anfälle der rezidivierenden Melancholie im Vergleich zu den einmaligen Erkrankungen. Nach einem Jahre waren z. B. von 105 genesenen einmaligen Melancholien 81%, von 168 einzelnen Anfällen der rezidivierenden Erkrankung bereits 97% abgelaufen.

Durch graphische Darstellungen wurden auch die Ausgänge der Erkrankungen illustriert, es fanden sich bei den einmaligen Melancholien: 72% Genesene, 10% dauernd Veränderte und 18% Gestorbene; bei den rezidivierenden Erkrankungen 61% (vom Anfall) Genesene, 17% dauernd Veränderte und 22% im Anfall Gestorbene, darunter bei beiden Gruppen 12% Suizide.

Eine Verteilung der Fälle nach der Häufigkeit der Erkrankungen ergab 61% einmalige und 39% rezidivierende Erkrankungen. Die Intervalle bei den rezidivierenden Erkrankungen waren großen Schwankungen unterworfen, es fanden sich auch auffallend lange Intervalle von 30, 35 und 38 Jahren. Nach einem Anfall trat bei den rezidivierenden Erkrankungen in 51% der Fälle innerhalb der nächsten fünf Jahre ein zweiter auf und die übersichtliche graphische Darstellung von 267 einzelnen Anfällen bei 88 Kranken ließ oft eine eigentümliche zeitliche Häufung der Anfälle erkennen. Wenn nämlich einmal ein Anfall aufgetreten war, so folgten in 25% der Fälle nun in jährlichen Pausen zwei bis fünf Anfälle, um dann wieder einer anfallsfreien Zeit von zehn und mehr Jahren Platz zu machen, eine Beobachtung, die nur dadurch erklärt werden kann, daß man annimmt, der einzelne Anfall hinterlasse eine gesteigerte Disposition für die gleiche Erkrankung. Der Vortragende hebt dann das bei seinen Kranken häufiger beobachtete Zusammenvorkommen der einmaligen Melancholie, der rezidivierenden Melancholie und des zirkulären Irreseins bei den verschiedenen Mitgliedern ein und derselben Familie hervor und teilt einige diesbezügliche Beobachtungen mit.

Auch B. hat bei einer größeren Anzahl von Kranken, welche bei den Zusammenstellungen nicht verwendet wurden, fließende Übergänge zwischen rezidivierender Melancholie und zirkulärem Irresein beobachtet und hat sich von der nahen Verwandtschaft dieser Erkrankungsformen überzeugt, ebenso wie er wesentliche Unterschiede der einmaligen und rezidivierenden Melancholie nicht auffinden konnte.

B. wies noch darauf hin, daß einige Fälle seiner einmaligen Melancholien sich bei einer längeren Beobachtungszeit vielleicht noch als rezidivierende Erkrankungen erweisen könnten, daß aber selbst dann, wenn man bei allen Fällen, bei denen diese Rezidivmöglichkeit besteht, tatsächlich ein späteres Rezidiv annehmen würde, die Zahl der einmaligen und rezidivierenden Erkrankung an Melancholie annähernd gleich groß wäre bei einem Beobachtungsmaterial von 238 Fällen.

Trotz der fließenden Übergänge zwischen den einzelnen Krankheitsbildern kann sich der Vortragende



keineswegs der Ansicht anschließen, welche auch in den einmaligen Melancholien Mischzustände sieht und bei denselben einen manischen Einschlag zu entdecken imstande ist.

B. glaubt auf die Wichtigkeit der praktischen Trennung der Krankheitsgruppen namentlich vom prognostischen Standpunkt aus, auf das Überwiegen der depressiven Zustände und die Häufigkeit der einmaligen Erkrankungen hinweisen zu müssen.

Der Vortragende schloß mit den bekannten prognostischen Sätzen, welche leider nur eine bedingte Gültigkeit besitzen, daß im jugendlichen Alter einsetzende Melancholien meist rezidivieren, während die vom vierten Lebensjahrzehnt ab auftretenden melancholischen Erkrankungen meist vereinzelt bleiben, und daß ferner der raschere Ablauf der einzelnen melancholischen Erkrankung mehr für eine später rezidivierende Melancholie spricht.

Seige (Jena): Stoffwechseluntersuchungen bei Melancholien und zirkulären Psychosen.

Während in der neueren Zeit der Stoffwechsel der organischen Psychosen genauer untersucht worden ist, sind die sogenannten funktionellen Psychosen verhältnismäßig vernachlässigt worden, obgleich z. B. gerade die zirkulären Psychosen den Gedanken einer „vererbbaren zellulären Stoffwechselkrankheit“ (Ebstein) nahe legen.

Die Untersuchungen des Vortragenden, die noch nicht abgeschlossen sind, erstreckten sich bis jetzt auf drei erstmalige Melancholien und zwei zirkuläre Psychosen. Störungen des Mineralstoffwechsels wurden nicht beobachtet, obgleich z. B. ein Zirkulärer etwa 1/2 Jahr lang in dieser Beziehung kontrolliert wurde. Sämtliche Melancholiker zeigten jedoch zeitweise große Neigung, Stickstoff zu retinieren, und zwar steigerten sich diese Retentionen von Tag zu Tag mehr, bis plötzlich eine große Menge N. abgegeben wurde. So retinierte einer dieser Kranken innerhalb fünf Tagen 40 g N. Das Körpergewicht zeigte keine Schwankungen, die diesen Retentionen parallel gegangen wären. Mit dem Einsetzen der Stickstoffretentionen gingen mehrmals starke Angstaffekte einher. Ähnliche Retentionen, die teilweise auch mit Änderungen im psychischen Befinden einhergingen, wurden bei anderen Psychosen von Kaufmann (Halle) und Rhode (München) beobachtet.

Bei Melancholie sowohl als bei Manie zeigten sich häufig auf der Höhe der Krankheit starke Indikanmengen (bis zu 0,5 g am Tage). Dieselben sind wohl nicht als ein Produkt der Darmfäulnis anzusehen, da sie durch eine Behandlung, die die Darmfäulnis möglichst beschränkte, nicht herabgesetzt wurden. Für die zentrale Entstehung der Indikanausscheidung spricht ebenfalls ein Fall, bei dem ein Abfall der Indikanausscheidung der Änderung im psychischen Befinden parallel ging; ähnliches hat Kaufmann (Halle) bei Delirium alcoholicum beobachtet, der auch die von ihm gefundenen enormen Indikanmengen bei Dementia paralytica und Epilepsie auf zentrale Einflüsse bezieht.

Störungen der Harnsäureausscheidung bei Melancholie und Manie sind schon früher beobachtet worden, so z. B. von Schäfer (Roda) und Taguet. Die Untersucher gelangten jedoch zu verschiedenen Resultaten, da früher die endogene (aus den zersetzten Zellkernen des Organismus und dem Hypoxanthin der Muskeln stammende) Harnsäure von der exogenen (aus den Purinbasen der Nahrung stammende) nicht scharf unterschieden wurde.

Vortragender hat deshalb den endogenen Harnsäurewert der Kranken bei purinfreier Diät nach den von Brugsch und Schittenhelm angegebenen Methoden bestimmt und fand ihn bei Melancholikern normal, jedoch an der unteren Grenze liegend. Bei den beiden untersuchten manischen Kranken fand sich ein ganz exzessiv tiefer Wert (0,18 und 0,16 g). Es wurde weiterhin geprüft, auf welche Weise eingeführtes purinhaltiges Material als Harnsäure wieder im Urin erschien, indem den Kranken nach längerer Zeit purinfreier Diät an einem Tage 500 g Ochsenfleisch verabreicht wurden. Es ergab sich, daß die Melancholiker annähernd normale Verhältnisse zeigten, während bei beiden untersuchten manischen Kranken nach der verabreichten Menge Fleisch überhaupt keine Vermehrung der Harnsäureausscheidung folgte. Da jedoch der eingeführte Purinstickstoff in den beiden nächsten Tagen im Urin wieder erschien, nimmt Vortragender an, daß keine Harnsäure-Retention stattfindet, sondern daß im Gegenteil die Harnsäure in niedere Verbindungen abgebaut wurde, also in Wirklichkeit eine Beschleunigung des Nukleinstoffwechsels stattfand, eine Erscheinung, die sehr wohl mit dem uns bereits bekannten beschleunigten Ablauf sämtlicher Lebensvorgänge beim Maniakalischen übereinstimmt.

Alt (Uchtspringe): Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken, Epileptiker u. Idioten in gemeinsamer Anstalt.

Schlußsätze: 1. Die vielfach vertretene, auch aus der ministeriellen Ergänzungs-Anweisung vom 20. April 1896 ersichtliche Auffassung, daß im Sinne des Gesetzes vom 11. Juli 1891 anstaltspflegeberechtigte jugendliche Epileptiker und Idioten weniger der psychiatrischen Behandlung und Fürsorge benötigen als Erwachsene, ist unzutreffend. Gerade die jugendlichen Kranken der genannten Art sind in besonderem Maße genauer psychiatrischer Untersuchung und Behandlung zugängig und bedürftig.

2. Eine Sonderung der jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten nach Heilbarkeit und Unheilbarkeit oder nach Krankheitsformen in verschiedene Anstalten ist unzweckmäßig und undurchführbar.

3. Die Angliederung einer zweckentsprechend angelegten Jugendabteilung an eine Heil- und Pflegeanstalt für Erwachsene, also die Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken, Epileptiker und Idioten in gemeinsamer Anstalt verdient den Vorzug vor Sonderanstalten für jugendliche Kranke der genannten Art.

4. Für viele jugendliche Geisteskranke, Epileptiker



und namentlich Idioten ist die Ergänzung der Anstalt durch eine psychiatrisch organisierte Familienpflege besonders segensreich.

Sioli (Bonn): Das Verhalten der Glia bei akuten Psychosen.

Vortragender hat in Verfolg der Alzheimerschen und Eisathschen Arbeiten eine Anzahl von Psychosen mit protoplasmatischen Gliafärbungen untersucht und kommt zu folgenden Ergebnissen: Bei den meisten Psychosen finden sich deutliche Veränderungen der Gliazellen, die sich auf Kern, Protoplasma und Fasern erstrecken. Bei der Paralyse spielen neben anderen Formen die gemästeten Gliazellen Nißls eine Hauptrolle; sie sind eine Form der Friedmannschen epitheloiden Entzündungszelle und kommen in allgemeiner Verbreitung bei anderen Psychosen nicht vor.

Eine andere charakteristische Art pathologischer Gliazellen sind die amöboiden Gliazellen Alzheimers; sie fanden sich bei Paralysen mit Anfällen, im Status epilepticus, bei der Hälfte von zwanzig untersuchten Fällen von Dementia praecox und auch bei drei Fällen von Psychosen mit günstiger Prognose, die zu den manisch-depressiven gehörten und in schwerer manischer Erregung oder angstvoller Verwirrtheit starben. Sie fanden sich nicht bei zwei Fällen, die unter dem Bilde des Delirium acutum verliefen und bei zwei Fällen von Amentia. Mit den amöboiden Gliazellen vergesellschaftet finden sich Abbauprodukte (Protagonoide und Pigmente), sowie Degenerationsfärbung der Achsenzylinder. Bei weitgehendem Marchizerfall kommen Amöboide nicht vor; sie finden sich vorzugsweise im Mark und im Gebiet der Zentralwindungen. In den Fällen von Delirium acutum und Amentia, die keine qualitative Änderung der Gliazellen zeigten, findet sich doch das „reihenweise Aufmarschieren" von Gliakernen an kleinen Gefäßen im Mark und Trabantzellen-Vermehrung in der Rinde.

(Fortsetzung folgt.)

Personalnachrichten.

— **Neustadt i. Holst.** Hilfsarzt Dr. Fliedner ist am 19. Mai, Hilfsarzt Dr. Lützerath am 1. Juni hier eingetreten

— **Bonn.** Der Privatdozent für Psychiatrie Dr. med. Hübner ist zum Oberarzt der Klinik für psychisch und Nervenkranke in Bonn ernannt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 14. 26. Juni **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Wünsche und Vorschläge zur Aenderung der Strafprozeßordnung (angenommen auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Bonn am 24. April 1909). (S. 121.) — Mitteilungen (S. 126): Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. (Fortsetzung.) — Referate. (S. 127.) — Personalnachrichten. (S. 128.)

Wünsche und Vorschläge zur Änderung der Strafprozessordnung

(angenommen auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Bonn am 24. April 1909).

I. Allgemeine Bemerkungen.

1. Um besseres und einheitlicheres Zusammenarbeiten zwischen Juristen und Ärzten zu ermöglichen, bedürfen die Richter wie die Ärzte einer besonderen Ausbildung.

Erforderlich ist:

I. Zur Ausbildung des psychiatrischen Sachverständigen

A. obligatorisch:

a) Vorlesungen und praktische Übungen in der Psychiatrie. Eine ausreichende praktische Tätigkeit in einer geeigneten Anstalt,

b) genaue Kenntnis der einschlägigen Gesetze: Straf- und Zivilgesetzgebung, Fürsorgeerziehung, Unfallgesetze;

B. fakultativ:

a) Kenntnis des Strafvollzugs und der Fürsorgeerziehung in ihrer praktischen Handhabung,

b) der Kriminalpsychologie.

Wünschenswert ist die Einrichtung von Fortbildungskursen mit praktischen Übungen.

II. Zur Ausbildung der Richter:

A. obligatorisch:

a) eine Vorlesung über gerichtliche Psychiatrie mit Demonstrationen und Übungen,

b) Kenntnisse über Straf- und Fürsorgeerziehungsanstalten, sowie über Anstalten für Geisteskranke und Trinkerheilstätten;

B. fakultativ: Kenntnisse in der Kriminalpsychologie.

Auch hier sind besondere Fortbildungskurse wünschenswert. Sehr zweckdienlich ist die Gründung und Beteiligung an forensisch-psychiatrischen Vereinigungen.

Begründung:

Die Auswahl der Sachverständigen steht dem Richter zu *).

Es entspricht also nicht dem Sinne des Gesetzes, wenn auf bestimmte Gruppen von Ärzten als besonders geeignet zur psychiatrischen Sachverständigentätigkeit hingewiesen wird.

Wohl aber muß der Richter wissen, wer von den in Frage kommenden Sachverständigen durch längere psychiatrische Berufstätigkeit genügend Erfahrung in der Beobachtung und Beurteilung der psychischen Krankheitszustände besitzt. Der Sachverständige muß nicht nur klinisch genügend ausgebildet sein, sondern die zur Erfüllung seiner Aufgabe notwendigen gesetzgeberischen Bestimmungen kennen und auch über das Wesen und die Wirkung des Strafvollzuges und der Fürsorgeerziehung hinreichend unterrichtet sein.

*) § 71: „Soweit die Zuziehung von Sachverständigen gesetzlich vorgeschrieben ist oder vom Richter für erforderlich erachtet wird, steht die Auswahl der Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Zahl dem Richter zu.

Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur gewählt werden, wenn besondere Umstände dies erfordern.

An Stelle der Vernehmung eines Sachverständigen kann in geeigneten Fällen das Gutachten einer Fachbehörde eingeholt werden.

2. Die von der Verteidigung geladenen Sachverständigen sind ebenso zu behandeln wie die von der Staatsanwaltschaft geladenen. Das gilt besonders bezüglich der Akteneinsicht, der Möglichkeit zur Beobachtung zur Stellung von Anträgen auf Vernehmung von Zeugen usw. gemäß § 75*).

Begründung:

Der von der Verteidigung geladene Sachverständige wird von dem Gericht ebenso vereidigt wie der von

der Staatsanwaltschaft geladene. Er muß einer formgerechten Ladung der Verteidigung (§ 218)**) ebenso gut Folge leisten wie der Ladung der Staatsanwaltschaft.

Es besteht infolgedessen kein Anlaß, ihn wie einen Sachverständigen 2. Ranges zu behandeln und ihm, soweit der Gang der Untersuchung und Verhandlung nicht unnütz aufgehalten wird, das zur Begutachtung notwendige Material vorzuenthalten. Es ist die Aufgabe des Sachverständigen, die Verteidigung überall da von unnützen Ladungen zurückzuhalten, wo nach gewissenhafter Überzeugung ein Anlaß zur Ladung eines 2. Sachverständigen nicht vorliegt.

*) § 75: „Der Richter hat, soweit erforderlich, die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten.

Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vorbereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten weitere Aufklärung verschafft werden; auch kann ihm gestattet werden, die Akten einzusehen, bei der Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten zugegen zu sein und unmittelbar Fragen an sie zu richten.“

**) § 218: „Ein unmittelbar geladener Zeuge oder Sachverständiger ist zum Erscheinen nur verpflichtet, wenn die Gebühren, die ihm nach der Gebührenordnung zustehen, bar dargeboten werden oder wenn nachgewiesen wird, daß sie für ihn bei dem Gerichtsschreiber hinterlegt sind . . . . . .“

3. Die Einführung der Jugendgerichte und der besonderen Beiräte muß als ein großer Fortschritt bezeichnet werden. Wünschenswert ist ihre obligatorische Einführung.

Begründung:

Um Jugendliche richtig zu beurteilen, bedarf es besonderer Kenntnisse. Die Einrichtung von Jugendgerichtshöfen, die gleichzeitig den Vorteil gesonderter Sitzungen, räumlicher Beschränkung des Öffentlichkeitsprinzips haben, wird im Verein mit der vorbereitenden und beratenden Mitwirkung der besonderen Beiräte zu einer richtigeren Behandlung krimineller Jugendlicher dienen.

4. Wünschenswert wäre, das ganze Jugendstrafrecht einschließlich der Organisation der Jugendgerichte schon jetzt in einer Novelle zum Strafgesetzbuch zusammenzufassen.

Begründung:

Unsere Kenntnisse über die psychologische Entwicklung Jugendlicher, die Art ihrer kriminellen Betätigung, die Anschauungen über die Notwendigkeit, die untere Strafmündigkeitsgrenze bis zum 14. Lebensjahre hinauf zu setzen, die Überzeugung von der Zweckmäßigkeit der bedingten Verurteilung in leichten Fällen, von dem Ersatz der meist nur kurzen und unzureichenden Strafen durch längerdauernde Fürsorgeerziehung, dürfen als soweit abgeschlossen betrachtet werden, daß eine gesetzgeberische Reform keinerlei Widerstand mehr finden wird.

Bemerkung zu § 351.

§ 351. Ein durch rechtskräftiges Urteil geschlossenes Verfahren kann nur unter den in den §§ 352 bis 355 bezeichneten Voraussetzungen wieder aufgenommen werden. Der Umstand, daß die Strafe bereits vollstreckt ist, steht der Wiederaufnahme nicht entgegen.

Stellt der psychiatrische Sachverständige eine geistige Erkrankung für die Zeit der Begehung der Straftat fest, deren Bekanntsein zu einer Freisprechung (oder im Falle der Einführung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das neue Strafgesetzbuch zu einer milderen Auffassung) geführt haben würde, so ist es seine Pflicht, einleitende Schritte zur Wiederaufnahme des durch rechtskräftiges Urteil abgeschlossenen Verfahrens zu veranlassen.

II. Einzelnes.

1. § 490. Im Verfahren auf Privatklage fallen Kosten, die im Verfahren auf öffentliche Klage von der Staatskasse zu tragen sind, dem Privatkläger zur Last, soweit nicht durch einen zu gerichtlichem Protokoll geschlossenen Vergleich abweichende Bestimmungen getroffen werden. Mehrere Privatkläger haften als Gesamtschuldner.

Wird den Anträgen des Privatklägers nur zum Teil entsprochen oder ist ein Teil der Auslagen vom Privatkläger verschuldet, so können die Kosten angemessen verteilt werden

Den Kosten des Verfahrens treten die dem Privatkläger und dem Beschuldigten erwachsenen notwendigen Auslagen hinzu. Zu diesen Auslagen gehören die Gebühren und Auslagen des Anwalts, soweit sie nach § 91 der Zivilprozeßordnung von der unterliegenden Partei zu erstatten sind.

Zusatz zu § 490: Wird der Beschuldigte auf Grund des § 51 StGB. außer Verfolgung gesetzt oder freigesprochen, so kann das Gericht den Privatkläger von der Tragung der Kosten ganz oder teilweise entbinden.

Begründung:

Wer heute sich gegen die Angriffe eines geisteskranken Querulanten wehren will, oder eine Körperverletzung, einen Hausfriedensbruch, eine Sachbeschädigung seitens eines Geisteskranken zur Anzeige bringt, hat, im Falle seine Privatklage wegen Geistesstörung des Täters ergebnislos bleibt, nicht nur die Kosten des Strafverfahrens und seine eigenen, sondern womöglich auch noch die seines Gegners zu tragen. Dem soll durch den Zusatz Abhilfe geschaffen werden.

2. § 71. Soweit die Zuziehung von Sachverständigen gesetzlich vorgeschrieben ist oder vom Richter für erforderlich erachtet wird, steht die Auswahl der Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Zahl dem Richter zu.

Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur gewählt werden, wenn besondere Umstände dies erfordern.

An Stelle der Vernehmung eines Sachverständigen kann



in geeigneten Fällen das Gutachten einer Fachbehörde eingeholt werden.

Zu § 71, Abs. 3 zu sagen: Nach oder an Stelle.

Begründung:

Bei psychiatrischer Untersuchung sollte stets die Vernehmung eines Sachverständigen dem behördlichen Gutachten vorausgehen.

3. § 157. Die Staatsanwaltschaft kann von jedem Einschreiten absehen, solange dem Verfahren ein in der Person des Verdächtigten begründetes Hindernis entgegensteht, dessen Beseitigung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist.

Tritt das Hindernis erst nach Erhebung der öffentlichen Klage hervor, so wird das Verfahren von dem Gericht bis auf weiteres eingestellt.

Zu § 157. Es ist wünschenswert, daß möglichst selten von der Berechtigung des Staatsanwalts Gebrauch gemacht wird, vom Einschreiten wegen geistiger Störung des Verdächtigen abzusehen. Ebenso sollte das Gericht bei Hervortreten der Erkrankung nach Erhebung der öffentlichen Klage nicht gezwungen sein, das Verfahren bis auf weiteres einzustellen.

Begründung:

In zahlreichen Fällen hat die Erfahrung gezeigt, daß eine nach Erhebung der Klage festgestellte Erkrankung schon bis in die Zeit der Begehung der strafbaren Handlung zurückreicht. In diesen wie in den Fällen, wo vor der Erhebung der Klage die Erkrankung bemerkt wird, ist es wünschenswert, nach Möglichkeit die Verhandlung durchzuführen. Das Bedenken, daß der Kranke sich nicht genügend zu verteidigen vermag, kann in den meisten Fällen durch Stellung eines Verteidigers und obligatorische Zuziehung eines Sachverständigen beseitigt werden. Der Vorteil einer durchgeführten Verhandlung ist der, daß der Kranke von der Angst wegen der Unsicherheit seiner Zukunft befreit wird, und ferner, daß u. U. nur durch eine Verhandlung festgestellt wird, ob der Kranke überhaupt die Tat begangen hat. In zahlreichen Fällen ist das ganze Lebensschicksal von der Entscheidung abhängig, ob der Kranke überhaupt als Täter in Betracht kommt. Von diesem Verdachte kann ihn nur die Durchführung der Verhandlung befreien.

4. § 466 II. An schwangeren oder geisteskranken Personen darf die Todesstrafe nicht vollstreckt werden.

§ 471. Die Vollstreckung der Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte vor deren Beginn in Geisteskrankheit oder in eine andere Krankheit verfällt, bei der die Vollstreckung der Strafe eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten herbeiführen würde.

Das gleiche gilt, wenn sich der Verurteilte körperlich in einem Zustande befindet, bei dem sich die Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt nicht vertragen würde.

Zu §§ 466 und 471: Der Strafvollzug an Geisteskranken ist nicht möglich. Bei einer Verschiedenheit der Auffassung zwischen Arzt und Strafvollstreckungsbehörde ist besonders in den Fällen des § 466 ein Obergutachten herbeizuführen.

Begründung:

Bisher bestand keine Möglichkeit, die Strafvollstreckung zu verhindern, falls die Strafvollstreckungsbehörde die geistige Erkrankung nicht anerkannte, gemäß deren die Todesstrafe oder die Freiheitsstrafe nicht würde vollstreckt werden können.

Die neue Strafprozeßordnung hat in Fällen, wo Einwendungen gegen die Zulässigkeit der Strafvollstreckung erhoben werden (§ 465), die Entscheidung des Vollstreckungsgerichts vorgesehen. Wünschenswert wäre hier, daß in allen Fällen fraglicher geistiger Störung, mindestens aber bei den Fällen des § 466 II stets das Urteil der Strafvollstreckungsbehörde erst erfolgt, nachdem ein Obergutachten erhoben worden ist.

5. § 242. Das Gericht kann anordnen, daß das Protokoll über die richterliche Vernehmung eines Zeugen oder Sachverständigen verlesen wird, wenn er verstorben oder sein Aufenthalt nicht zu ermitteln ist oder wenn er sich in einem Zustande befindet, der seine Vernehmung für nicht absehbare Zeit unmöglich macht.

Das gleiche gilt von Protokollen über die richterliche Vernehmung eines Mitbeschuldigten oder eines bereits verurteilten Mitschuldigen.

Zusatz zu § 242: Zur Verlesung des Protokolls über die Vernehmung eines in Geisteskrankheit Verfallenen ist ein ärztlicher Sachverständiger zuzuziehen.

Begründung:

Da mindestens mit der Möglichkeit gerechnet werden muß, daß die inzwischen festgestellte Geisteskrankheit schon vor der Vernehmung bestanden hat, so ist die richtige Bewertung der Aussage ohne Zuziehung eines Sachverständigen nicht möglich. Es ist deshalb erforderlich, auch gesetzlich Vorsorge zu treffen, daß in jedem Falle ein Sachverständiger dem Gerichte zur Verfügung steht.

6. § 75. Der Richter hat, soweit erforderlich, die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten.

Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vorbereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten weitere Aufklärung verschafft werden; auch kann ihm gestattet werden, die Akten einzusehen, bei der Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten zugegen zu sein und unmittelbar Fragen an sie zu richten.

Es kann erforderlich werden, wichtige Aussagen wörtlich zu Protokoll zu bringen. Insbesondere gilt das von Antworten, zu deren Verständnis und Bewertung die Kenntnis der Fragen, auf die sie erfolgt sind, notwendig ist. Bei Anwendung des Schlußsatzes des § 75 müßten auf Verlangen des Sachverständigen Aussagen von Zeugen und Sachverständigen, soweit



der Sachverständige es für erforderlich hält, wörtlich protokolliert werden.

Begründung:

Die Vernehmung durch die Polizeiorgane und die Richter sind fast durchweg umstilisiert und geben durch die zusammenhängende und klare Art der Darstellung bisweilen ein ganz falsches Bild von den Vorgängen bei der Vernehmung, bei der sich die Angeschuldigten oft nur auf ein zustimmendes Ja zu den gestellten Fragen beschränken. Dadurch erwachsen dem Sachverständigen, der alsdann einen unvereinbaren Widerspruch zwischen der Klarheit der Aussage und dem von ihm gefundenen Geisteszustand findet, erhebliche Schwierigkeiten. Dem kann nur durch eine, wenigstens bei wichtigen Aussagen (s. o.), wörtliche Protokollierung abgeholfen werden.

7. Gibt der Geisteszustand eines Zeugen zu Bedenken Anlaß, so ist ein Sachverständiger zur Beobachtung und Begutachtung zu bestellen.

Begründung:

Es muß gesetzlich die Möglichkeit benutzt werden, einen Zeugen auf seinen Geisteszustand untersuchen zu können.

8. § 285. Sind in die Anklageformel solche vom Strafgesetze besonders vorgesehene Umstände aufgenommen, welche die Strafbarkeit der Tat vermindern oder erhöhen, so ist hierüber eine besondere Frage zu stellen (Nebenfrage).

Das gleiche gilt, wenn Umstände der bezeichneten Art oder solche vom Strafgesetze besonders vorgesehene Umstände, durch welche die Strafbarkeit wieder aufgehoben wird, in der Verhandlung hervorgetreten sind und die Stellung einer hierauf gerichteten Nebenfrage von dem Staatsanwalt oder Angeklagten beantragt oder vom Gericht für angemessen erachtet wird.

Eine Nebenfrage ist auch dann zu stellen, wenn die Strafbarkeit der dem Angeklagten zur Last gelegten Tat davon abhängt, ob er bei der Begehung der Tat die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen hat.

Zu § 285: Hinter „vermindern" ist einzuschieben: „ausschließen".

Begründung:

Die Feststellung der Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 StrGB. ist erforderlich. Es ist notwendig, daß die Tat- und Schuldfrage durch die Nebenfrage streng geschieden werden. Das bisherige Verfahren, nach dem ein Angeklagter gemäß § 51 freigesprochen wird, ohne daß im Urteil genau festgestellt wird, ob er die ihm zur Last gelegte Tat wirklich begangen hat, hat bei den Geschworenenurteilen deshalb Schwierigkeiten hervorgerufen, weil in dem Urteil die Freisprechung nicht weiter begründet wird. Für die Frage, was mit dem Angeklagten zu geschehen hat, ist es aber von der allergrößten Bedeutung zu wissen, ob seine Täterschaft angenommen wurde, er aber wegen Unzurechnungsfähigkeit nicht bestraft werden konnte, oder ob die Freisprechung deshalb erfolgt ist, weil er überhaupt nicht als Täter angesehen wird.

9. § 472. Wird der Verurteilte nach dem Beginn der Vollstreckung in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht, so ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, es sei denn, daß der Verurteilte die Krankheit vorsätzlich herbeigeführt hat.

Soll die Anrechnung nicht stattfinden, so ist die Entscheidung des Vollstreckungsgerichts herbeizuführen.

Zusatz zu § 472: Durch Gerichtsbeschluß kann die Verbüßung des Restes einer Freiheitsstrafe bei einem für längere Zeit in eine von einer Strafanstalt getrennte Krankenanstalt verbrachten Verurteilten in Wegfall kommen, sofern durch die Fortsetzung der Strafvollstreckung eine erhebliche und in absehbarer Zeit nicht zu beseitigende, außerhalb des Strafzweckes liegende Schädigung der Gesundheit herbeigeführt wird.

Begründung:

Während der Aufenthalt in anderen Krankenanstalten in die Strafzeit eingerechnet wird und die meisten Staaten, nach der Entstehungsgeschichte des Paragraphen zutreffend, auch die Anstalten für Geisteskranke nicht ausnehmen, wird in anderen Staaten, wie z. B. in Preußen, der Aufenthalt in einer solchen Anstalt meist nicht angerechnet. Der einheitlichen Handhabung steht entgegen, daß es gesetzlich zulässig ist, den Strafvollzug zu unterbrechen, wodurch der Anspruch auf Einrechnung der Krankenhauszeit in Wegfall kommt. Es ergibt sich daraus der Mißstand, daß die Kranken zur Strafverbüßung wieder eingeliefert werden müssen, um die Strafe zu Ende verbüßen zu können, und durch die im Strafvollzuge liegenden Schädigungen leicht von neuem erkranken. Diesem Mißstand soll durch den Vorschlag des Zusatzes vorgebeugt werden. Es kann auch die lediglich zahlenmäßige Anrechnung der Dauer des Krankenhausaufenthaltes auf die Strafzeit nicht in allen Fällen einer seit dem Urteilsspruche eingetretenen Änderung in geistiger Beschaffenheit und sozialer Haltung gerecht werden.

(Es mag dahingestellt bleiben, ob der Wunsch: es möge eine dauernde Änderung der sozialen Persönlichkeit infolge psychischer Erkrankung berücksichtigt werden, bei den Bestimmungen des StGB. [§ 24 u. f.] anzubringen wäre, die den Verzicht auf Verbüßung eines Strafrestes auf dem Verwaltungswege zulassen.)

10. § 58 I. Nicht zu vereidigen sind Personen, die zur Zeit der Vernehmung das sechzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder wegen mangelnder Verstandesreife oder



wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung besitzen.

Zu § 58 I: Unvereidigt sind zu vernehmen Personen, deren Aussagen oder Wahrnehmungen durch krankhafte geistige Beschaffenheit beeinflußt sind. Der Grund der Nichtvereidigung ist vom Gericht nach Anhörung eines Sachverständigen in das Sitzungsprotokoll einzutragen.

Begründung:

Die Vereidigung gibt der Aussage ein Gewicht, das überall da bedenklich ist, wo die Aussagen durch abnorme psychische Zustände beeinflußt sind. Das gilt in gleicher Weise, wenn die Geistesstörung zur Zeit der Vereidigung besteht, oder wenn sie zur Zeit der Wahrnehmungen bestanden hat. In beiden Fällen ist es nicht zulässig, den Kranken durch einen Eid Angaben bestätigen zu lassen, deren Zuverlässigkeit mehr als fraglich ist. Das im Entwurf wie bisher als Grund der Nichtbeeidigung aufgefaßte Kriterium der „genügenden Vorstellung von dem Wesen und der Bedeutung des Eides" ist unrichtig. Es berücksichtigt nur das Urteil des Kranken über das Wesen des Eides, nicht aber, ob der Kranke zutreffende Aussagen zu machen imstande war.

Anmerkung. Es empfiehlt sich auch, überall da, wo ernste Zweifel an der geistigen Gesundheit eines Zeugen und Sachverständigen (die Bestimmungen gelten in gleicher Weise auch für Sachverständige) vorliegen, von der Vereidigung Abstand zu nehmen.

11. § 88 II. Schriftliche Mitteilungen zwischen solchen Personen (die zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sind) und dem Verdächtigen sowie ihre Aufzeichnungen über Mitteilungen des Verdächtigen dürfen auch nicht zwangsweise in Beschlag genommen werden, sofern sich die Papiere in ihrem Gewahrsam befinden und sie nicht selbst der Täterschaft, Teilnahme, Begünstigung oder Hehlerei verdächtig sind.

Zu § 88: Hinter „Mitteilungen des Verdächtigen" ist einzuschieben: „und über den Verdächtigen".

Begründung:

Die Verpflichtung zur Wahrung des Berufsgeheimnisses erstreckt sich, wie aus der ganzen Auffassung der Strafprozeßordnung und des Strafgesetzes hervorgeht, auch auf die Feststellungen des Arztes an dem Verdächtigen. Infolgedessen ist er zur Verweigerung des Zeugnisses nicht nur in bezug auf die Dinge berechtigt, die ihm der Verdächtige mitgeteilt, sondern auch über die, die er selbst beobachtet hat. Damit nicht durch Beschlagnahme der Krankengeschichten das Zeugnisverweigerungsrecht umgangen werden kann, ist es notwendig, die Beschlagnahme der über den Kranken geführten Krankengeschichten zu verhindern.

12. § 80. Ist zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Beschuldigten nach der Erklärung des Sachverständigen eine längere Beobachtung erforderlich, so hat der Richter dem Sachverständigen, soweit tunlich, hierzu Gelegenheit zu geben.

Erklärt der Sachverständige, daß die erforderliche Beobachtung außerhalb einer Irrenanstalt nicht ausführbar ist, und wird sie dem Sachverständigen auch nicht dadurch ermöglicht, daß der Beschuldigte sich freiwillig in eine solche Anstalt aufnehmen läßt, so kann, sofern die öffentliche Klage bereits erhoben ist, das Gericht anordnen, daß der Angeschuldigte in einer öffentlichen Irrenanstalt unterzubringen ist; die Anstalt ist vom Gerichte zu bezeichnen. Vor der Anordnung ist der Verteidiger zu hören; hat der Angeschuldigte keinen Verteidiger, so ist ihm ein solcher für das Verfahren über die Unterbringung zu bestellen. Gegen die Anordnung ist sofortige Beschwerde zulässig; die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung.

Sobald die Beobachtungen zur Abgabe des Gutachtens ausreichen, hat der Sachverständige dem Gericht Anzeige zu machen. Die Unterbringung in der Anstalt darf, auch wenn sie in demselben Verfahren oder in einem anderen Verfahren, das dieselbe Tat zum Gegenstand hat, wiederholt angeordnet wird, ohne Einwilligung des Angeschuldigten in ihrer Gesamtdauer sechs Wochen nicht überschreiten.

Die Vorschriften des Abs. 2, 3 finden keine Anwendung im Verfahren auf Privatklage und in Sachen, die in erster Instanz vor den Amtsgerichten ohne Schöffen zu verhandeln sind.

Zu § 80: a) In Absatz 2 empfiehlt es sich, 1. zu setzen: hinter „außerhalb einer" statt „Irrenanstalt" „Anstalt"; 2. hinter „und wird sie" „dem Sachverständigen" wegfallen zu lassen; ebenso 3. hinter „freiwillig in eine" „solche" wegfallen zu lassen; 4. hinter „daß der Angeschuldigte in einer" statt „öffentlichen Irrenanstalt" zu sagen „Anstalt".

b) Der Satz „sofern die öffentliche Klage bereits erhoben ist" müßte in Wegfall kommen.

c) Es müßte vor „das Gericht" (Abs. 2, Zeile 3) eingeschoben werden: „auf Antrag eines Sachverständigen".

d) Zu Absatz 3 ist ein Zusatz erforderlich, durch den die Möglichkeit gesichert wird, auch ohne Einwilligung des Angeschuldigten eine nochmalige Untersuchung vornehmen zu können. Es wird vorgeschlagen: hinter „überschreiten" einzuschieben: „Nur falls von dem Gericht oder von dem Angeschuldigten ein Obergutachten verlangt wird, kann von neuem die Einweisung in eine Anstalt auf die Dauer von höchstens sechs Wochen beschlossen werden. Gegen den Beschluß ist sofortige Beschwerde zulässig. Die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung."

e) Als neuer (4.) Absatz wäre einzufügen: „Als Anstalten im Sinne dieser Bestimmungen gelten öffentliche Anstalten für Geisteskranke."

Begründung:

Zu a 2): Bei Einweisung in eine Anstalt muß in der Regel ein Anstaltsarzt zur Beobachtung herangezogen werden.

b) Daß nur im Falle der bereits erhobenen öffentlichen Klage eine Beobachtung angeordnet werden



kann, ist sehr bedenklich. In vielen Fällen stellt sich bereits im Vorverfahren die geistige Erkrankung heraus und der Staatsanwalt beendet das Verfahren, das für den Kranken eine gefährliche Schädigung seiner Gesundheit bedeuten kann, durch Außerverfolgungsetzung. Zu den Aufgaben der Voruntersuchung gehört die Vollständigkeit des Materials. Und die Feststellung des Geisteszustandes muß als eins der wichtigsten Erfordernisse bezeichnet werden. Die Verschiebung bis nach Erhebung der Klage hat außerdem den großen Nachteil, daß die Beobachtung zu spät stattfindet. Es kann dadurch die Erkrankung soweit heilen oder sich ändern, daß der Rückschluß auf die Zeit der Begehung unmöglich gemacht wird. Gegen das bisherige Verfahren sind keine Bedenken laut geworden. Es ist deshalb angezeigt, den neueingeführten Zwischensatz zu streichen.

c) Es ist nicht einzusehen, warum der früher bestehende Antrag des Sachverständigen ausgeschaltet worden ist. Eine einfache Erklärung kann das Gericht unberücksichtigt lassen. Auf einen Antrag des Sachverständigen muß es einen Beschluß fassen.

d) Der neue Paragraph läßt es zu, mit Zustimmung des Angeschuldigten die Beobachtung über die Zeit von sechs Wochen hinaus zu verlängern. Dagegen ist es nach wie vor nicht vorgesehen, die nochmalige Beobachtung auch gegen den Willen des Beschuldigten dann vornehmen zu können, wenn die Einforderung eines Obergutachtens es nötig macht. Gerade in diesen Fällen, bei denen es sich in der Regel um Todesurteile oder langjährige Zuchthausstrafen handelt, ist es unbedingt notwendig, den Angeschuldigten mit allen modernen Mitteln beobachten zu können. Die Untersuchungsgefängnisse sind dazu ganz ungeeignet. Es muß deshalb dem Obergutachter die Möglichkeit geschaffen werden können, in schwierigen Fällen den der Geisteskrankheit Verdächtigen unter möglichst zuverlässigen Verhältnissen beobachten zu können. Dem soll der gewünschte Zusatz dienen.

e) Zu a 1, 3, 4 und e): Es sollten für alle Beobachtungen öffentliche Anstalten für Geisteskranke benutzt werden.

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie,** abgehalten am 23. und 24. April 1909. (Fortsetzung.)

Goldstein (Königsberg): Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox, speziell der plötzlichen Todesfälle bei derselben.

G. gibt zunächst einen Überblick über die vorliegenden Veröffentlichungen über die pathologische Anatomie der Dementia praecox. Er vermißt eine genügende Berücksichtigung der klinischen Daten bei Beurteilung der anatomischen Befunde und verlangt vor allem die Untersuchung klinisch einfacher und charakteristischer Fälle.

Nach den bisherigen Befunden sind für die Dementia praecox charakteristisch: chronische Zellveränderungen, Gliawucherung besonders in den tieferen Schichten der Rinde, Pigmentablagerungen, Markscheidenzerfall. Dazu kommen bei Fällen, die plötzlich zum Exitus kamen (klinisch handelt es sich im Del. acutum um katatonische Anfälle, und Fälle, in denen die Kranken ohne nachweisbare Ursache plötzlich verfallen und ad exitum kommen), weitere Veränderungen. Ein Fall von Delirium acutum bei einer sicheren Dementia praecox mit anatomischer Untersuchung findet sich nicht in der Literatur. Bei den anderen plötzlichen Todesfällen kommt vor allem die Reichardtsche Hirnschwellung, vielleicht auch ein Ödem der Pia ursächlich in Betracht.

Die eigenen Befunde G.s stammen von einem Falle einfacher Katatonie, der zehn Jahre krank war und subakut ohne besondere Erscheinungen verfiel und zum Exitus kam.

Es fand sich anatomisch und wird an Zeichnungen demonstriert:

Chronische Veränderungen an den Ganglienzellen besonders in Stirn- und Zentralwindungen, aber auch im übrigen Großhirn, im Kleinhirn und Rückenmark. (Sowohl an Thionin- wie an Fibrillenpräparaten nachweisbar. Fibrillen zerfallen, verklebt, Kernzerfall, Pigmentablagerung. Fibrillen in Fortsätzen besser erhalten als im Zellkörper.) Zerfall der Markscheiden besonders im supraradiären Geflechtwerk, Vermehrung der Glia um die Ganglienzellen, um die Gefäße. Starker Pigmentreichtum in Ganglienzellen, Gliazellen und an den Scheiden der Gefäße, die eine gewisse Zellvermehrung und eine sogenannte zellarme Zone aufweisen. Im Rückenmark findet sich weiter: eine Degeneration in den Gollschen Strängen, die nicht mit Wurzelerkrankung zusammenhängt, im oberen Brustmark beginnt und nach oben bis in den Gollschen Kern reicht; eine weitere Degeneration im Hellwegschen Bündel.

Alle diese Veränderungen sind nur der Ausdruck einer chronischen Psychose und nicht allein für die Dementia praecox charakteristisch, sondern finden sich auch bei anderen chronischen Psychosen. Mög-



licherweise sind es nur sekundäre Veränderungen, die eine Art Reaktion des Gehirns auf chronische Schädlichkeiten verschiedenster Art darstellen, während der — vielleicht mikrochemische — Grundprozeß der Dementia praecox uns verborgen bleibt.

Neben dem bisher geschilderten Befund finden sich Veränderungen, die mit dem plötzlichen Exitus in Zusammenhang zu bringen sind: Akute Zellveränderung und starke Vergrößerung der Pia durch Ödem-Erweiterung der perivaskulären Scheidenräume.

Die Zellveränderungen sind denen bei anderen akuten Psychosen ähnlich, doch nicht sehr hochgradig (am Fibrillenpräparat fällt das leidliche Erhaltensein eines feinen, sehr weitmaschigen Innennetzes bei Zerfall der gröberen Fibrillen auf). Deshalb erscheint es G. wahrscheinlich, daß die Piavergrößerung bei dem plötzlichen Tode eine bedeutsame Rolle spielt, indem sie in ähnlicher Weise wie die Hirnschwellung zu einer Vergrößerung des Schädelinhaltes und sekundärem Hirndruck führt. Als Ausdruck des Hirndruckes fand sich eine Degeneration der extramedullären Abschnitte der Rückenmarkswurzeln. G. verlangt in Zukunft bei der Beurteilung der Befunde bei plötzlichen Todesfällen eine genauere Berücksichtigung der Piaveränderungen.

Schütte (Bonn): Beitrag zur Ätiologie und forensischen Beurteilung des sogenannten „Tropenkollers".

Nach einer kurzen Übersicht über die Beziehungen zwischen Tropenklima und Nervensystem wies der Vortragende an dem Aktenmaterial einer Anzahl früherer Angehöriger der Schutztruppe für Südwestafrika nach, daß während des Tropenaufenthaltes bei der Mehrzahl eine Änderung der geistigen Persönlichkeit der Leute vor sich geht, die in zahlreichen Kollisionen mit der militärischen Disziplin zum Ausdruck kommt. Bei allen entwickelte sich eine auffallende Alkoholintoleranz, die im Zusammenhang mit komplizierenden Momenten, wie Überanstrengung, mangelhafte Verpflegung, vorhergehender Lazarettaufenthalt, große Hitze, bei dem leider gebräuchlichen Alkoholmißbrauch zu den schwersten Verbrechen führte, die das Militärstrafgesetz kennt.

Wenn auch die nachträgliche Beurteilung schwierig ist, so ist doch nicht zu bezweifeln, daß bei der Mehrzahl der Verurteilten zur Zeit der Tat die Bedingungen des § 51 RStGB. vorlagen.

Der akute und chronische Alkoholismus erscheint neben der Malaria als eine Hauptursache der unter dem Ausdruck „Tropenkoller" gehenden psychischen Ausnahmezustände unter dem Tropenklima.

Es ist daher der Alkoholmißbrauch in den Tropen mit allen Mitteln zu bekämpfen. Bei der gerichtlichen Aburteilung von Trunkenheitsdelikten in den Tropen muß die Hinzuziehung eines ärztlichen Sachverständigen gefordert werden. Autoreferat.

Lückerath-Bonn: Über Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken.

Unter 147 kriminellen Geisteskranken befanden sich 49 Fälle von Degenerationspsychosen, d. i. 33%.

Erheblicher Schwachsinn war bei keinem vorhanden; alle wiesen mehr weniger psychische Degenerationszeichen auf. 3 erkrankten zwischen dem 10. bis 20., 30 zwischen dem 20. bis 30., 14 zwischen dem 30. bis 40. und 2 nach dem 40. Lebensjahre.

Es waren drei Gruppen:

1. Degenerierte mit Ganserschem Symptomenkomplex,

2. solche mit

a) einfachen paranoiden Wahnideen im Sinne des Beeinträchtigungswahns,

b) paranoische Verfolgungs- und Größenideen,

3. Degenerierte mit psychogenen Erregungszuständen.

Bei allen wurden hypochondrische Vorstellungen und Sensibilitätsstörungen (Anästhesie) beobachtet.

Bei allen zeigten sich Schwankungen im Verlauf, die durch äußere Ereignisse bedingt waren.

Differentialdiagnostisch kommt die Unterscheidung von der Paranoia und der Dementia praecox in Betracht.

Von Wichtigkeit ist:

1. daß es sich nicht um progressive Wahnbildung handelt,

2. die Wahnideen von äußeren Einflüssen abhängig resp. dadurch zu beeinflussen sind,

3. daß keine Verblödung eintritt.

Es darf nicht das Zustandsbild allein, sondern es muß die ganze Persönlichkeit berücksichtigt werden.

Die Prognose der Degenerationspsychosen bei Kriminellen ist im allgemeinen günstig.

Nach Ablauf ihrer psychotischen Episode können viele aus der Anstalt entlassen werden (in Strafvollzug oder die Freiheit).

Tilmanns-Cöln: Über Hirnverletzungen durch stumpfe Gewalt und ihre Beziehungen zu den Verletzungen des knöchernen Schädels.

Es gibt Verletzungen des Gehirns ohne Verletzungen des Schädels, und umgekehrt, schwere Verletzungen des knöchernen Schädels ohne wesentliche Schädigung des Gehirns. Ferner entspricht der Ort der Hirnverletzung nicht immer der Stelle des Schädeltraumas. Der Vortr. zeigt, daß unter sorgfältiger Berücksichtigung des Ablaufs des Traumas man meist in der Lage ist, über die Art, den Umfang und die Lokalisation der Hirnverletzung wichtige Schlüsse zu ziehen. Er teilt die gewöhnlichen Schädeltraumen in vier Gruppen, bei denen der Mechanismus der Verletzung jedesmal ein anderer ist.

Referate.

— Über den Einfluß der Geschlechtsfunktionen auf die weibliche Kriminalität. Von Dr. jur. Siegfried Weinberg, Berlin. Halle a. S. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

In der vorliegenden Schrift zeigt der Verf. an der Hand eines reichlichen statistischen Materials in kurzer und klarer Weise, welchen Einfluß die normalen organischen Veränderungen an den weiblichen Genitalorganen auf die Kriminalität des Weibes ausüben, und zwar haben wir hier vier Stadien zu unterscheiden: die Zeit der Pubertät, der Menstruation, der Schwangerschaft einschließlich Wochenbett und der Laktationsperiode und



zum Schluß die Zeit des Klimakteriums, die Periode des Erlöschens der weiblichen Geschlechtsfunktionen und der Rückbildung der Geschlechtsorgane. Von diesen spielt offensichtlich die Pubertät die größte Rolle. In den Pubertätsjahren ist die relative Straffälligkeit der weiblichen Bevölkerung um mehr als 65% größer als in den folgenden Jahren, und zwar sind Brandstiftung, Meineid und falsche Anschuldigung die am meisten vorkommenden Verbrechen, während in der Zeit der späteren Menstruationen Diebstahl bes. Warenhausdiebstahl, Brandstiftung und Mord am häufigsten beobachtet wurden. Die typischen Delikte der Schwangeren sind Diebstahl und Gewalttätigkeitsvergehen, insbesondere Kindesmord. Wie es bei dem Einfluß der Sexualorgane auf das gesamte Nerven- und Geistesleben selbstverständlich ist, gehen auch die Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane in der Zeit des Klimakteriums nicht spurlos an der Psyche des Weibes vorbei. Die relative Straffälligkeit des Weibes in den Jahren „der kritischen Zeit" ist um fast 50% größer als im Durchschnitt sämtlicher Jahre. Verf. bedauert zum Schluß, daß in der heutigen Rechtsprechung die vorerwähnten Faktoren zu wenig berücksichtigt würden, wofür er unter anderem Prüderie, mangelnde psychiatrische und psychologische Vorbildung der Juristen, Überlastung unserer Strafgerichte und das Fernhalten des weiblichen Geschlechts vom Richteramt verantwortlich macht. Plesch-Hubertusburg.

— Fourth annual report of the Henry Phipps Institute for the study, treatment and prevention of tuberculosis. — Philadelphia, 1908. Henry Phipps Institute. 430 S.

Dieser umfangreiche Bericht hat in erster Linie ein Interesse für den Internisten, den Statistiker und Hygieniker. Da er aber auch die Beziehungen der Tuberkulose zu den Geistes- und Nervenkrankheiten mit in den Kreis der Betrachtung zieht, so mag der Hinweis auf dieses Buch auch an dieser Stelle gerechtfertigt erscheinen. Horstmann.

— W. Weygandt: Forensische Psychiatrie. I. Teil. Straf- und zivilrechtlicher Abschnitt. Sammlung Göschen, Leipzig.

Das treffliche kleine Büchlein ist bestimmt, den gebildeten Laien in das Gebiet der gerichtlichen Psychiatrie einzuführen. Der Verf. behandelt in klar und gemeinverständlich geschriebener Form sämtliche einschlägigen Gebiete der Straf- und Zivilgesetzgebung. Durch eingestreute Krankengeschichten werden die Ausführungen illustriert. Das Büchlein dürfte nicht nur dem nichtärztlichen Publikum, sondern auch dem praktischen Arzte, der sich nicht näher mit Psychiatrie befaßt hat, als bequemes Orientierungswerk sehr willkommen sein.

Personalnachrichten.

— **Stettin.** Der praktische Arzt Hubert Ermisch ist vom 1. April 1909 ab als Assistenzarzt bei der Provinzialheilanstalt zu Treptow a. R. angestellt.

— **Grafenberg.** Sanitätsrat Dr. Peretti wurde zum Geh. Sanitätsrat ernannt.

— **Bunzlau.** Dem Direktor Dr. Neißer wurde der Titel Sanitätsrat verliehen.

— **Freiburg (Schl.).** Dem Direktor Dr. Buttenberg wurde der Titel Sanitätsrat verliehen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 15. 3. Juli **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Zum Ausbau des Anstaltswesens. Von Regierungsrat Direktor Dr. Josef Starlinger. (S. 129.) — Mitteilungen (S. 136): Alkoholismusbekämpfung. Petition um Neuregelung des Irrenwesens. — Referate. (S. 136.) — Personalnachrichten. (S. 136.)

Aus der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

Zum Ausbau des Anstaltswesens.

Von Regierungsrat Direktor Dr. *Josef Starlinger.*

Auch die Irrenpflege und das Anstaltswesen kennt keinen Stillstand. Gleich anderen Gebieten gilt wohl auch da der Satz „Stillstand ist Rückschritt". Letzterer ist für die Irrenpflege und das Anstaltswesen um so mehr zu unterstreichen, als gerade auf diesem Gebiete in den letzten Dezennien ein auffallend rascher Fortschritt zu verzeichnen ist. Vom Beginn des No-restraint und der Kasernierung bis zur heutigen freien Behandlung und völligen Spitalisierung der Geisteskranken liegen wenige Dezennien, und wie die Glieder einer ununterbrochenen Kette reihen sich die Entwicklungsphasen des Anstaltslebens fortlaufend in dieser Zeit aneinander. Fielen zwar auch nicht alle Versuche, die zur Konstruktion des Bestehenden unternommen wurden, immer positiv aus und waren nicht immer gleich volle Treffer, ohne die vielen Versuche wäre es überhaupt nicht zur gleichen Höhe gekommen. Jedes Unternehmen lohnte sich und war lehrreich, selbst wenn es negativ ausfiel.

Die Geschichte der Psychiatrie und des Anstaltswesens weiß aber auch zu berichten, wie schwer oft der einzelne Fortschritt sich durchsetzen ließ. No-restraint, Bett- und Bäderbehandlung, Kolonie und Familienpflege, Arbeitstherapie und Offen-Türbehandlung sind nicht bloß Kapitelüberschriften über die Irrenpflege und das Anstaltswesen, sie sind zugleich ebensoviele Denkmäler der Arbeit, Mühe und last not least auch des Kampfes der Irrenärzte auf diesem Gebiete. Die Geschichte hierüber füllt Bände aus in der psychiatrischen Literatur. Sie eingehender ausführen oder würdigen zu wollen, wäre hier unmöglich, für den Näherstehenden aber auch außerdem ganz unnötig, weil in unserem engeren Heimatslande im alten „Narrenturme" zu Wien und in der neuen Anstalt „am Steinhof" zwei sprechende Monumente vor aller Augen stehen, deren großartiger Unterschied Beweis genug ist, daß sich ein solcher Übergang nicht mit einem Griff erreichen läßt. Dort Bändigung, hier Pflege; dort ein einzelner, finsterer, gefängnisartiger Turm, hier eine ganze Irrenkottage; dort ein ungegliedertes Objekt, hier ein kompliziertes Institut. Sinnfälliger kann ein Fortschritt nicht markiert werden und markanter läßt sich auch die unausgesetzte Tätigkeit auf diesem Gebiete nicht illustrieren. Um zu den heutigen modernen Irrenanstalten die zahllosen Bausteine Stück für Stück zu sammeln, war für einen Stillstand kein Platz, und so soll und muß es auch in Zukunft bleiben, wollen wir von einer einmal erreichten Höhe nicht wieder herabgleiten.

Was soll nun weiter geschehen? Nach welcher Richtung wird die Fortentwicklung erfolgen oder erfolgen müssen?

Die moderne Heil- und Pflegeanstalt ist ein großes Institut geworden, mit einer Reihe von baulichen Objekten, zahlreichen Arbeitskräften und ebenso vermehrten Aufgaben. Hierzu langt das Rüstzeug der alten Irrenanstalt plus den gewöhnlichen Krankenhauseinrichtungen und plus der familialen oder kolonialen Ausstattung nicht mehr. Inhalt und Ansprüche sind anders geworden. Ganz neue Elemente sind zur Behandlung zugewachsen. Das anspruchsvolle Außenleben greift auch in die Anstalten hinüber und verlangt möglichste Berücksichtigung. Die Anstalten selbst haben das Verlangen, nicht bloß möglichst weitgehendst sich dem allgemeinen Krankenhause anzuschließen, sondern auch dem gewöhnlichen Leben sich möglichst anzupassen. Kurz, die nächste Zukunft wird weniger dem Techniker als dem Psy-

chiater Aufgaben stellen, sie wird sich weniger mit dem Bau an sich als vielmehr mit dem Geist und Leben beschäftigen müssen, das in den Bauten sich entfalten soll.

Nach welcher Richtung nun dieser Geist und dieses Leben Aufgaben stellt und neue Bedürfnisse sich hervordrängen, soll unter Zugrundelegung der Verhältnisse in Nieder-Österreich und den Erfahrungen in Mauer-Öhling darzulegen versucht werden.

In Nieder-Österreich wurde mit Errichtung von Mauer-Öhling gleichzeitig auch die Irrenfürsorge beträchtlich erweitert.*) Entgegen den früheren Bestimmungen, wonach nur heilbare und gemeingefährliche Geisteskranke in den Irrenanstalten aufgenommen werden durften, konnten von nun an auch harmlose Geisteskranke, sogen. Kolonisten und Geistessieche, zur Aufnahme gelangen. Infolge dieses Landesgesetzes wurden zahlreiche, der Irrenanstalt bisher fremde Elemente der Anstalt zugeführt, die bezüglich ihrer persönlichen Zustände ganz andere Aufgaben stellten und andere Behandlung erforderten als die gemeingefährlichen Geisteskranken. Insbesondere galt dies bezüglich der Menge jugendlicher Imbeziller, Epileptiker und dergleichen. Für diese paßte weder die strenge Internierung noch die Bevormundung auf Schritt und Tritt, sie verlangten vielmehr Freiheit und Verkehr, und statt bloß psychischer oder medizinaler Therapie mußte auf Erziehung und Heranbildung zu irgendeiner Beschäftigung ein Hauptgewicht gelegt werden, sollten sie nicht zeitlebens dem Landes- oder Gemeindesäckel zur Last bleiben.

Der alte Irrenpflegling war in der Regel charakterologisch fertig und existentiell befestigt. Er konnte nach der Heilung direkt wieder in seine gewohnten Verhältnisse zurückkehren. Anders aber lagen die Umstände bei unseren Jugendlichen, die uns kaum dem schulpflichtigen Alter entwachsen, oft sogar noch in demselben stehend zugeführt werden; diese mußten nicht bloß psychisch gefestigt, sondern auch wirtschaftlich und sozial für die Außenwelt gereift werden, in die sie doch später zurückgeführt werden sollten.

Für diese Wirksamkeit mußte der Boden in der Anstalt aber erst geschaffen werden. Hierzu reichten die bisherigen Verhältnisse nicht mehr aus. Für diese Elemente war auch die Ausstattung der Anstalt mit solchen sozialen und zivilen Verhältnissen und Einrichtungen, wie sie der wirklichen Außenwelt möglichst nahe kommen, eine Art Heilungsinstitution, weil neben der psychischen Festigung und Ausbildung und neben der Befähigung zu irgendeiner Existenz durch Erlernung einer Profession die Aneignung der gewöhnlichen Umgangsformen und dergleichen eine naturnotwendige Voraussetzung zur Entlassung bildet.

*) Näheres Nr. 34, 1899 dieser Wochenschrift.

Hinsichtlich der Einrichtungen zur Erlernung einer Profession wäre vorauszuschicken: Es gab in vielen Anstalten schon von jeher verschiedene Werkstätten. Schneider-, Schuster-, Tischler-, Schlosser-, Buchbinder- oder Tapeziererarbeiten wurden schon vor zwanzig Jahren in der alten Wiener Irrenanstalt in eigener Regie zum Teil verfertigt. Betrieben wurden diese Werkstätten von angestellten Professionisten und Werkmeistern. Nur hier und da war ein Patient unter ihnen, der aber Berufsprofessionist sein mußte. Diese Arbeitsstätten waren gewöhnliche Werkstätten, wo man sich um den Kranken nur als Professionisten kümmerte und ihm die Arbeiten wie jedem anderen Gesellen zuteilte. Der Werkmeister darin hatte weder Zeit noch Lust, sich mit den Kranken auch noch als Kranken oder Lehrling zu befassen.

Diese Werkstätten langten weder der Zahl nach noch nach der Art ihres Betriebes für die neuen Bedürfnisse. Zuerst mußten die alten Werkmeister durch Lehrmeister ersetzt werden, die, ohne ihre professionelle Tätigkeit und Aufgabe beiseite zu stellen, auch der Ausbildung der Lehrlinge eine erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken hatten, um so wirkliche Lehrmeister zu werden. Ihre Stellung und Aufgabe war nicht leicht. Sie mußten unter Einhaltung der administrativen Anforderungen obendrein mit großer Geduld, Konsequenz und Unverdrossenheit der Ausbildung ihrer jungen Pflegebefohlenen sich widmen. Hierzu waren die alten Werkmeister, die für pflegerische Tendenz nicht geaicht waren, nicht mehr geeignet, und sie mußten durch Professionistenpfleger ersetzt werden; diese hatten entweder früher schon in den Professionen gearbeitet und sind dann Pfleger geworden, oder es wurden hierzu geeignete Pflegepersonen auf Kosten der Anstalt in einer Profession ausgebildet, wie dies für die Buchbinderei, Buchdruckerei und Bürstenbinderei mit sehr gutem Erfolge geschehen ist.

Dieser Zuwachs des gewerblichen Unterrichtes, professioneller Lehrmeister und wirklicher Lehrwerkstätten in der modernen Irrenanstalt konnte begreiflich da, wo diese Einrichtungen bedeutender waren und ihr Zuspruch größer wurde, auf das allgemeine Leben und Treiben in einer Anstalt nicht ohne Einfluß bleiben. Der vergiftende Müßiggang wurde eingeschränkt, die tötende Resignation belebte sich an den Fortschritten der Ausbildung, und allmählich stellte sich unter vielen ein Grad von Wetteifer ein, der recht förderlich die Sache unterstützte. Auch



nach außen hin ließ sich ihr guter Einfluß nicht verkennen. Diese jungen Lehrlinge durften sich freier bewegen, machten Sonntags Ausflüge oder Besuche und erhalten zu Weihnachten und zu Ostern nicht selten ein- bis zweiwöchigen Urlaub zu ihren Angehörigen. Auch andere Geisteskranke nahmen an diesen professionellen Anleitungen teil, und mancher Bauer lernte hier Körbe flechten, Bürsten binden und Baumschularbeiten, was er dann, nach Hause entlassen, zu seinem Vorteil verwenden konnte. Die Folgen dieser sozialen Tätigkeit blieben nicht aus, und ihr heilsamer Einfluß hat die moderne Heil- und Pflegeanstalt dem Publikum näher gebracht als langatmige Belehrungen.

Man hört zuweilen gegen solche Ausbildungsbestrebungen allerlei Bedenken äußern, wie unnatürliche Konkurrenz gegen die gesunden Arbeitskräfte, übertriebene Hochstellung und künstliches Hinaufschrauben minderwertiger Arbeitsleistungen und dergleichen. Es wäre in der Tat unbillig, die so gewonnenen Arbeitskräfte einer Branche zuführen zu wollen, die ohnehin über genügende Arbeitskräfte verfügt. Aber die gewerblichen Kleinmeister namentlich des Landes und die Landwirtschaft insbesondere sind heutzutage schon um eine viertel und eine halbe Arbeitskraft herzlich froh, und man trifft auch daher vom rein materiellen Standpunkte in der Ausbildung dieser Jugendlichen sicher das Richtige, will man die ethischen und humanitären Beweggründe nicht als voll gelten lassen. Als Beweis für die Richtigkeit dieses Standpunktes mag die Tatsache auch angeführt werden, daß Bürgermeister der Umgebung spontan bei der Anstaltsleitung vorstellig geworden sind mit der Bitte, man möchte vorzugsweise *ihre* Gemeinden mit Familienpfleglingen bedenken.

Mit dieser gewerblich-pädagogischen Irrenpflege ist die moderne Heil- und Pflegeanstalt weit über ihren früheren Wirkungskreis hinausgeschritten. Durch diese Tätigkeit wurde nicht bloß direkt ein Stück sozialen Lebens in die Irrenanstalt getragen, sie hat durch Inpflegegabe von herangezogenen halben und viertel Kräften ganz wesentlich auch in die sozialen und ökonomischen Verhältnisse der umgebenden Bevölkerung eingegriffen und so die Wohltaten der Irrenpflege dem Publikum handgreiflich vor Augen geführt.

Die Angliederung der Harmlosen, vorzugsweise der Jugendlichen war demnach ein glücklicher Griff der Landesgesetzgebung. Ihr wird einstens eine beträchtliche Mithilfe bei der fortschreitenden Popularisierung der Irrenanstalten zugemessen werden müssen.

Mit Erlernung einer Profession allein aber ist der Weg zum ersprießlichen Fußfassen in der Außenwelt noch nicht genug geebnet. Die Erfahrung hat gelehrt, daß auch die Grundelemente der *Schulbildung* von größter Notwendigkeit sind. Dort wo Lesen, Rechnen und Schreiben bereits in der Schule ziemlich gut gelernt wurden, sind fortlaufende Übungen eine unerläßliche Notwendigkeit, um dem Kranken diese Kenntnisse zu erhalten, und bei denjenigen Pfleglingen, bei denen der Unterricht nicht ganz so fruchtbar war, läßt sich noch viel nachholen und einprägen, daß sie wenigstens zur Abfassung von Briefen, Postkarten und ähnlichem befähigt werden. Aber selbst bei einem höheren Grade von Imbezillität, wo der Schulunterricht in Lesen, Schreiben und Rechnen vollständig ergebnislos blieb, läßt sich durch einen regelmäßigen Schulunterricht noch der Kalender lernen und verstehen, der Gebrauch des Geldes aneignen und die Kenntnisse der Maße und Gewichte gewinnen. Alles Dinge, die auf den ersten Blick vielleicht von geringer Bedeutung erscheinen, die aber zur Existenzbefähigung von wesentlicher Bedeutung sind. Wie sehr der Mangel einer pädagogischen Unterweisung empfunden wird, ersehen wir aus dem Bestreben vieler Eltern, die zur Haltung eines Lehrers für ihren in der Anstalt verpflegten Angehörigen oft den letzten Heller aufwenden.

Neben der Vermittlung dieser gewöhnlichen Schulkenntnisse könnte mit dem Schulunterrichte zugleich noch manch anderes verbunden werden, um die Tätigkeit des Arztes wirksam zu unterstützen. So wären zum Beispiel zur Hebung des sittlichen und charakterologischen Haltes der Pfleglinge belehrende Erzählungen oder dergl. sehr wertvoll. Eine dankbare Unterstützung der Irrenfürsorge wäre es ferner, wenn der Schulunterricht auch Vorträge über Alkoholabstinenz und allgemeine Nerven- und Gehirnhygiene für unsere Neuropathen sich angelegen sein ließe. Alle diese Bestrebungen würden sicherlich in jeder Irrenanstalt dankbaren Boden finden, sie würden den allgemeinen Geist heben und sie würden auch manchen Malkontenten mit dem Aufenthalte in der Irrenanstalt mehr versöhnen und denselben nicht als nutzlose und verlorene Lebenszeit betrachten lassen, als welcher dieser oft empfunden wird.

Selbstverständlich würde eine solche Tätigkeit eine eigene Kraft erfordern, die sich speziell mit den Eigenheiten der Irrenanstalt, ihren Bestrebungen und Zielen vertraut machen müßte. Mit der fachlichen Lehrtätigkeit für Kranke ist aber noch lange die Wirksamkeit des *Lehrers* nicht erschöpft. So würde eine Stenographiestunde sicherlich dankbare Schüler finden. Den Pflegepersonen würde eine Weiterbildung (allgemeiner Fortbildungskurs, Orthographie) gewiß

nicht schaden, und das Turnen und der Organistendienst wäre in der Hand eines eigenen Anstaltslehrers gleichfalls besser aufgehoben. Zu allem diesem kommt noch ein besonders wichtiges Gebiet. In der modernen Heil- und Pflegeanstalt hat Musik- und Gesangunterricht für die Anstaltspfleglinge eine erhöhte Bedeutung gewonnen. Mit Recht wird die Pflege von Musik und Gesang in den Anstalten immer mehr gewürdigt. In den Jahresberichten liest man nicht selten von dem Bestehen oder von der Errichtung einer eigenen Anstaltskapelle. Der Wert der Musikpflege in den Anstalten ist nach Anschauung des Verfassers noch immer nicht genug gewürdigt worden. Es gibt wenig Unterhaltungen und Ablenkungen in der Anstalt, die sich mit musikalischen Aufführungen messen können, und wenige Dinge finden ungeteilteren Beifall und allgemeinere Anziehung als Gesang und Musik. Ihr Gedeihen und ihre Pflege in den Anstalten halte ich direkt für einen Gradmesser eines guten Anstaltsmilieus und einer herzenswarmen Krankenpflege.

Freilich ist das Amt eines Musiklehrers bei Geisteskranken oder Geistesschwachen ein recht mühevolles, und es gehören große Gaben von Geduld dazu, um auszuharren und nicht zu erlahmen. Unerläßlich ist, daß der Musiklehrer ein vielseitiger Musiker, ein tüchtiger Dirigent und ein guter Pädagoge ist und sich in die Fähigkeiten seiner Schüler hineinzuleben versteht. Verfasser selbst hat viele Jahre noch in alten Anstalten mit geschlossenem Typus und lebensarmer Atmosphäre gedient. Damals ist ihm das Fehlen von Musik ebensowenig aufgefallen wie das Fehlen der Wachsäle usw., eben weil es niemand gekannt hat. Heute könnte ich mir das Leben in einer Anstalt ohne Anstaltsmusik gar nicht mehr vorstellen. Die kirchlichen oder profanen Feste, Tanz, Theater, Prater usw. ohne Mitwirken der Anstaltskapelle wäre uns heute undenkbar.

Schließlich könnte sich eine solche eigene Lehrkraft noch weiter betätigen: als Regisseur beim Theater, als Vortragsleiter beim Kinematographen und bei der Urania, und endlich dort, wo Pensionate sind, könnte er seine pädagogische Schulung auch gesellschaftlich auf den Abteilungen oder bei Ausflügen in den Dienst der Anstalt stellen.

Mit einem Worte, an Arbeit würde es einem solchen Hilfsorgane nicht fehlen, und ein eigener Lehrer mit solchen musikalischen und gesellschaftlichen Fähigkeiten wäre für eine moderne Anstalt eine hochdankbare Kraft, deren Wirken zum sozialen und zivilen Leben in derselben und für ihren Geist im allgemeinen gar nicht hoch genug zu taxieren ist.

Jetzt werden diese Gebiete entweder gar nicht oder hier und da im Nebenamte versorgt. Unserer Erfahrung nach leider immer unzulänglich. Entweder kollidieren die Zeiten oder die Fähigkeiten. Sind es von auswärts kommende Lehrpersonen, hängen wir mit unserer Tagesordnung ganz von deren dienstfreien Zeiten ab, was für den Anstaltsbetrieb oft recht störend ist. Auch mit den Befähigungen zum Anstaltsdienste ist nicht jeder gleich ausgestattet, und jeder Wechsel der Person bedeutet eine lange Pause oder eine große Störung.

Hier ist nur ein Weg praktisch möglich, das ist eben die Bestellung einer eigenen Lehrperson mit entsprechenden Bezügen und ganz umschriebener Leistungsfähigkeit. Wieviele soziale Seiten dadurch geweckt werden könnten, sollte eben zu zeigen versucht werden.

Auch für die Angestellten selbst wäre ein solcher Lehrer eine große Wohltat. Von den Dutzenden von Schulkindern in der Anstalt in Mauer-Öhling kann zum Beispiel derzeit keinem einzigen Musik gelehrt werden, es sei denn mit solchen Kosten und Auslagen, daß nur die Bestsituierten sie leisten können. Oft war es selbst diesen nicht möglich. Wenn man bedenkt, daß musikalische Kenntnisse für das spätere Fortkommen oft von großem Werte sind, und die abgelegene Lage einer Anstalt an Erholung und Freuden recht wenig bieten kann und oft fast zur Freudenlosigkeit verdammt, dann ist es sicherlich verzeihlich, wenn man auch von diesem Standpunkte aus die Bestellung einer Lehrkraft nicht unbillig finden würde.

Sehen wir durch das vermehrte Eintreten Jugendlicher in die Anstaltspflege fast ganz neue Behandlungsmethoden auftauchen und Geist und Leben darin entfachen und modellieren, so finden wir dort, wo die Familienpflege in größerem Stile gehandhabt wird, wieder von einer anderen Seite her ähnliche Bestrebungen in das Anstaltsleben hineintragen. Der Familienpflegling ist nicht bloß von Natur aus wenig für das Anstaltsleben, was ja nicht selten den ausschlaggebenden Grund abgab zu seiner Verpflegung außerhalb der Anstalt, er wird auch obendrein im Familienpflegeleben wieder ungebundener, zum mindesten um viele Grade freier, als er jemals in der Anstalt sein könnte. Die Pfleglinge verkehren ungehindert und intensiv mit der Anstalt und ihren Bewohnern. Es ist daher natürlich, daß ein solcher Einfluß auf die Dauer nicht wirkungslos bleibt und der gebundene Anstaltsgeist bald dort bald da ein Zügelchen lockern muß, um den Unterschied zwischen Anstalt und Familienpflege einigermaßen auszugleichen.



Andererseits muß man schon wegen des notwendigen Einwirkens den Zusammenhang mit der Familienpflege pflegen und die Anstalt muß von Zeit zu Zeit auch seine Pfleglinge in der Diaspora an sich locken, und das muß wieder möglichst frei von Zwang geschehen und wird zumeist durch Feste, Theater, Vorträge und sonstigen zivilen Veranstaltungen zuwege gebracht. Die Familienpflege ist somit ein nicht zu unterschätzender Faktor zur Einbürgerung freierer Umgangsformen und größerer Belebung des Anstaltswesens, und sie trägt nicht wenig dazu bei, den Unterschied zwischen Drinnen und Draußen möglichst zu verwischen, d. h. das Anstaltsleben gefälliger und freier zu gestalten.

Die günstigen Erfahrungen in der Familienpflege mit Kranken, die in der Anstalt stets gereizt und wenig zugänglich geblieben sind, in der Familienpflege hingegen sich wesentlich beruhigten und zugänglich wurden, andererseits auch die gleichfalls aus der Erfahrung mit der Familienpflege hervorgehende Tatsache, daß die Überwachungsbedürftigkeit bei verschiedenen Geisteskranken oft sehr gering sein kann, selbst dann, wenn der erste äußere Eindruck oft ein wenig vertrauensvoller ist, sind auch für die geschlossene Anstalt nicht ohne Nutzanwendung geblieben und führten zu Versuchen, auch solchen Kranken, welche bisher dauernd auf der Wachabteilung gewesen sind, die freie Behandlung angedeihen zu lassen. Verlockend war auch die Lage der Anstalt selbst, am Rande eines großen Waldes frei von jeder bedenklichen oder störenden Umgebung.

Da war zunächst in der Anstalt eine Kranke B. H., die Frau eines Beamten, die schon seit vielen Jahren in verschiedenen Anstalten untergebracht war. Der psychischen Erkrankung nach war sie der Dementia paranoides zuzuzählen. Sie mußte stets in der Anstalt separiert gehalten werden, weil sie unter den anderen Kranken absolut nicht zu halten war, mit denen sie stets in Konflikt geriet, und hochgradig aufgeregt wurde. Sie hielt sich verfolgt, von allen Leuten verspottet, gestochen und angeschossen und wollte deshalb auch nicht einmal in den Garten gehen. Sie verstopfte sich Nase und Ohren, weil sie vergiftet werde, drohte allen annähernden Personen mit Schlägen und geriet bei jeder Annäherung in höchste Erregung. Im Sommer 1906 wurde nun der Versuch gemacht, die Patientin ganz abseits im Walde für sich allein anzusiedeln, das heißt es wurde ihr zu einem Baume ein Stuhl und ein Tisch gestellt und sie selbst dorthin geführt, mit der Weisung, daselbst zu bleiben, hier werde sie niemand belästigen und beunruhigen. Hier verblieb die Patientin auch tatsächlich und verhielt sich ruhig, weil sie ihren physikalischen Verfolgungswahn auf keine Nebenwesen projizieren konnte. Anfangs wurde sie von der Ferne aus überwacht, später wurde auch diese Vorsicht aufgelassen, und sie wurde nur zu den Mahlzeiten nach Hause geholt. Die Patientin hat sich niemals von diesem Platze weiter wegbewegt und es ist nie eine Störung aus dieser freien Separierung erwachsen. Die Kranke ist sichtlich ruhiger geworden und die Abteilung hat den Vorteil, daß sie von der Patientin tagelang entlastet wurde. Ein zweiter Versuch mit einer ähnlichen Kranken C. M., 53 jährige Telegraphistin, Paranoia mit ähnlichen physikalischen Verfolgungsideen, gelang in der gleichen Weise. Sie war gleichfalls jahrelang auf der geschlossenen Abteilung; lag in stetem Hader mit ihrer Umgebung, war immer gereizt und mied allen Verkehr. Auf die offene Kolonie versetzt, hat sie sich im Walde selbst ein Fleckchen gesucht. Ein alter Baumstrunk, abseits von allen Fußwegen, ziemlich verdeckt, bildet diese Separation und ihre Umgebung schon seit zirka zwei Jahren. Eine dritte Kranke, gleichfalls an Paranoia leidend und jahrelang Anstaltsinsassin, immer unzugänglich, schrie und schimpfte bei jeder Annäherung „Räuber, Gesindel, Mörder, alles tut man ihr aus Bosheit an" usw. Auch ihr wurde gleichfalls in derselben Weise ein freier Aufenthalt im Walde angewiesen. Sie hält sich innerhalb einer kleinen Grenze tadellos und ist weitaus ruhiger dabei.

Diese Isolierung oder Separierung im Freien kann gelegentlich bestens empfohlen werden, vorausgesetzt ist natürlich, daß die Umgebung der Anstalt danach geschaffen ist. Vorzugsweise geeignet hierzu erscheinen Kranke mit physikalischem Verfolgungswahn, die in der menschenleeren Umgebung ihre Wahnvorstellungen nicht mehr personifizieren können, und für die eine reaktionslose Umgebung keine neuen Reizquellen schaffen kann.

Ein weiteres Element, das gleichfalls erst in der jüngeren Zeit der neuen Heil- und Pflegeanstalt zuwuchs und modifizierend wirkte, bilden die sogenannten Freiwilligen. Sie waren nicht immer angenehm, weil sie meistens mehr Freiheit verlangten als sie vertrugen, und man ihnen gegenüber wenig Handhaben hatte. Ihr stetes Betonen ihrer Menschen- und Bürgerrechte in Worten und Handlungen sowie ihre Vertrautheit mit den freien Einrichtungen der offenen Kuranstalten, die jeder von ihnen mehr oder weniger oft und lange passiert hatte, kehrte sich zumeist gegen den Kontrast zwischen einer gewöhnlichen Kuranstalt und einem Pensionate in einer Irrenanstalt. Es ist natürlich, daß diesem steten Drängen und Querulieren



nach freien und wohltuenderen Verhältnissen auch dort und da nachgegeben werden mußte, und daß hierdurch gleichfalls mancher Zug von zivileren und sozialeren Verhältnissen entstanden ist, dessen Durchführung vielleicht sonst unterblieben wäre. Die Aufnahme von sogenannten Freiwilligen, psychisch kranken oder nervösen Personen, ist zwar für die Leitung einer Anstalt keine Annehmlichkeit, aber um ihres freien Vorwärtsdrängens und ihrer ständigen Klagsamkeit über Mangel an Individualisierung willen bilden sie oft das Salz für die fortschreitende Zivilisierung und Sozialisierung des Anstaltslebens.

Dort wo Pensionäre noch in einer Anstalt untergebracht sind, üben auch diese zweifellos einen gewissen Druck aus, solche Einrichtungen zu treffen, die mehr den bürgerlichen und gesellschaftlichen Bedürfnissen entsprechen, als gerade für den Heilplan unbedingt notwendig zu sein. Gerade Pensionäre sind es nicht zum wenigsten, welche Abwechslung in der Anstalt verlangen und nach Unterhaltungen sich sehnen. Man ist im allgemeinen nicht überall für die Aufnahme von Pensionären in Irrenanstalten und in manchen Ländern lehnt man die Sorge für die Zahlungsfähigen überhaupt ab. Es ist sicher die dienstliche Aufgabe in ärztlicher und administrativer Hinsicht bei einheitlicher Art der Pfleglinge einfacher und leichter, aber es ist ebensowenig zu verkennen, daß Pensionäre auch für eine Irrenanstalt einen gewissermaßen verfeinernden Einfluß ausüben und mehr Leben in das Anstaltsmilieu zu bringen verstehen, als wenn nur eine einzige Verpflegsklasse in der Anstalt vorhanden ist.

Geradezu revolutionierend aber wirkte die Arbeitstherapie auf den Geist und das Leben der modernen Heil- und Pflegeanstalten. Am deutlichsten tritt dieses in neuen Anstalten hervor, wo schon bei dem Bau darauf Rücksicht genommen wurde, eine große Mannigfaltigkeit und Ausdehnung dieser Therapie zu ermöglichen. Es wurde schon früher darauf hingewiesen, wie die professionelle Tätigkeit in der Ausbildung der Jugendlichen wohltätig gewirkt hat. Was aber der gesamte Kreis aller auf die Arbeitstherapie Bezug habenden Dinge umfaßt, das ist eine solche Fülle von Anregungen, Neuheiten, Abwechslungen, daß sich für denjenigen, der mitten in diesem Milieu drin steht, kaum mehr die Verhältnisse begreifen lassen, die seinerzeit gang und gäbe waren. Heute, wo alles prinzipiell zur Beschäftigung herangezogen wird, hat ein mehr weniger tätiger Geist sich etabliert, ist Leben und Bewegung, Abwechslung und Wetteifer, Ruhe und Ablenkung dort eingekehrt, wo früher dumpfes Hinbrüten, gelangweilte Verbissenheit, hoffnungsloses Sichgehenlassen, Schreien und Toben an der Tagesordnung war. Es ist dem Verfasser unbegreiflich, wie man den Wert der Arbeitstherapie in den Irrenanstalten noch heutzutage ganz verkennen kann und man einfach sagt: „Ja, gearbeitet wurde doch immer in den Anstalten." Gewiß, ebenso wie man auch in den Irrenanstalten seit urdenklichen Zeiten die Kranken in den Betten behandelt hat, aus irgendwelchen ärztlichen Gründen, ohne daß man von Bettbehandlung schlechtweg im heutigen Sinne sprechen konnte und durfte. Es wird sicherlich niemand den großen Unterschied zwischen der heutigen Anschauung der Bettbehandlung und den vor 15 oder 20 Jahren leugnen und die Umwälzung, die für die Anstalt daraus entsprungen ist. Genau so steht es mit der Arbeitstherapie. Der völlige Ausbau der Arbeitstherapie in der modernen Heil- und Pflegeanstalt wird derselben einmal eine ebensolche Wendung geben, wie seinerzeit die Bettbehandlung. Derzeit ist wohl kaum eine Anstalt vorhanden, in der sie vollständig durchgeführt ist. Es mag die eine mehr, die andere weniger darin leisten, aber in allen Details ausgenutzt und für dieselbe geaicht dürfte noch keine Anstalt sein. In mancher Anstalt dürfte die Arbeitstherapie überhaupt zu einer großen Ausdehnung naturgemäß kaum kommen können, da die lokalen Verhältnisse, Art des Krankenmaterials usw. nicht danach ist, eine Entwicklung und Ausdehnung von ausschlaggebender Bedeutung zu fördern. In Nieder-Österreich liegen für neuere Anstalten die Verhältnisse insoweit günstig, weil diese auch zur Aufnahme von harmlosen Geisteskranken, sogenannten Kolonisten, berechtigt sind. Aber dies scheint mehr so, als es de fakto ist, weil einerseits ein großer Teil dieser Kolonisten in der Familienpflege ist und andererseits die halbwegs arbeitsfähigen Harmlosen noch immer wegen des Arbeitermangels am Lande lieber zu Hause behalten werden. Unsere leistungsfähigsten und verwendbarsten Arbeiter sind die Geisteskranken, also jene Klasse von Kranken, welche in jeder Irrenanstalt vorhanden ist. Eine unbedingte Notwendigkeit nur zur Entfaltung der Arbeitstherapie unter ihnen bleibt die große Zahl*) von Arbeitsmöglichkeiten. Sie können gar nie zu zahlreich sein. Obwohl Mauer-Öhling schon von Haus aus mit einem eigenen Werkstättengebäude und einem Wirtschaftshofe ausgestattet war und seither noch eine Reihe von weiteren Arbeitsstätten errichtet wurde, wir zählen heute etwa 30 Arbeitsstätten, machen sich noch immer die Bedürfnisse nach neuen geltend. Eigent-

*) Vergleiche Psychiatrische Wochenschrift Nr. 7, 1907, und Nr. 17, 1908.



lich sollte alles, was in der Außenwelt geübt wird, in irgendeiner Weise auch in der Anstalt geboten werden, dann wird man auch den rechten Eindruck von dem Wert und der Bedeutung der Arbeitstherapie deutlich erhalten und über den überwältigenden Einfluß auf das ganze Anstaltsleben kaum in Zweifel bleiben, von dem eingangs gesprochen wurde.

In der Arbeitstherapie tritt aber auch der Zug nach Zivilisierung des Anstaltswesens mit ganzer Kraft zutage, da alles Liebgewordene und Gewohnte, so weit es möglich ist, bis zum Berufe herab dem Kranken in das Internat folgen soll. Und weil dies nicht etwa aus humanitärem Mitgefühl geschieht, sondern aus rein therapeutischen Gründen, damit den Kranken Ablenkung und Beruhigung möglichst bald gefangen nimmt, liegt eben in dieser Zivilisierung und Sozialisierung nicht etwa eine Spielerei, sondern ein vollwichtiger therapeutischer Faktor.

Bei dieser Gelegenheit sei es auch gestattet, über die Stellung der Unterhaltungen hinsichtlich Berechtigung und Zweck in den Irrenanstalten einige Worte anzufügen.

Man ist über den Wert der Unterhaltungen in Irrenanstalten nicht eines Sinnes, und es wird ihnen manchmal mehr zum Vorwurf als zum Nutzen angerechnet. Vorerst möge man dabei eines erwägen. Ein Eindämmen derselben ist praktisch nirgends bemerkbar. Überall sucht man im Gegenteile mit einer gewissen Genugtuung in den Anstaltsberichten hervorzuheben, daß auch so und so viele Feste abgehalten wurden während eines Berichtsjahres. Sicherlich ein Zeichen, daß das Verständnis für diese Seite des Anstaltswirkens eher mehr im Zunehmen als im Abnehmen begriffen ist.

Ich verstehe unter Unterhaltungen jegliche Art körperlicher oder geistiger Beschäftigung und Ablenkung, die nicht für einen direkten Nutzwert oder vulgären Zweck inszeniert wird. Hierher zählen also nicht bloß Tanz, Konzert und Theater, sondern auch ein Vortrag ernsten oder belehrenden Inhaltes, ein Ausflug, eine Uraniavorstellung und dergleichen.

Von diesen Unterhaltungen hege ich wohl die Überzeugung, daß sie nicht bloß berechtigt sind, sondern daß ihnen ein hoher Zweck innewohnt, daß sie nicht leicht zu zahlreich sein können und daß keine Woche ohne sie vergehen möge.

Als „Unterhaltungssucht", wie eine mißverständliche Auslegung das etwa benennen könnte, darf dies nicht gedeutet werden, und die es im Geiste so benennen mögen, für diese möchte ich eben diese Zeilen ganz besonders geschrieben haben. Für mich ist jede Unterhaltung Gehirnhygiene, und als solche kann im passenden Rahmen, wie es dem Orte geziemt, kein Mensch an sich etwas Verwerfliches finden. Es scheint mir paradox zu klingen, daß wir es natürlich finden, wenn der Gesunde nach Unterhaltung trachtet und täglich ins Theater, Gasthaus, Kaffeehaus etc. geht, um aus seiner täglichen Tretmühle etwas hinaus zu kommen, für unsere Kranken soll man jedoch daran Anstoß nehmen und es als ungesund ansehen? Ich kann mir nicht denken, warum der Imbezille, Paranoiker oder ähnliche Psychotiker von diesen Dingen besonders ferngehalten werden sollen, da auch in Kuranstalten derlei Unterhaltungen zu dem festen Inventare zählen. Ich halte sie demnach nicht bloß für berechtigt, sondern vom Standpunkte einer ausgleichenden Gehirnhygiene direkt für nützlich. Man könnte höchstens noch beifügen, daß diese gerade für Irrenanstalten zur Ablenkung nicht bloß wohltätig, sondern sogar notwendig sind. Durch die gewaltsame Internierung der Kranken erlauben wir uns einen Eingriff von oft so peinlicher Art, daß alle ärztlichen Kautelen ihn nicht zu verwischen vermögen. Die Freiheitsberaubung bei der Behandlung in der Irrenanstalt ist nicht bloß die Wurzel, aus der eine fortlaufende Reihe psychischer Traumen entspringt, sie ist auch die Quelle der meisten Vorwürfe und Verdächtigungen, die man den Anstalten zu machen pflegt. Diese Freiheitsbeschränkungen sollen wir auf alle mögliche Weise zu überbrücken trachten. Die ungestörte Ruhigstellung eines kranken Gliedes ist sonst ein allgemeiner Grundsatz in der medizinischen Behandlung. Beim Gehirne bietet aber nur die richtige Ablenkung oft erst die Grundlage zur Beruhigung, und nur da will man diesen Grundsatz nicht mit Konsequenz durchführen. Da läßt man dem quälenden Stachel des Ausgeschlossenseins von allem bisher Gewohnten und Geliebten nur geringe Aufmerksamkeit angedeihen.

Es ist daher meines Erachtens ganz verfehlt, in den Anstaltsunterhaltungen eben nur die Unterhaltungen und nicht vielmehr das heilende Zweckmittel erblicken zu wollen. (Schluß folgt.)



Mitteilungen.

— **Alkoholismusbekämpfung.** Folgender bedeutsamer Erlaß, am 3. März 1908 vom **Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten in Preussen** an die Regierungspräsidenten gerichtet, dürfte auch die psychiatrische Prophylaxe interessieren:

In mehreren deutschen Bundesstaaten wird seit einer Reihe von Jahren zum Teil, soweit sich feststellen läßt, mit günstigem Erfolge der Versuch gemacht, Belehrungen über die Schädlichkeit des Alkoholgenusses für das Kindesalter durch Verbreitung von Merkblättern in Gestalt des anliegenden bei Gelegenheit der öffentlichen Impfungen in die Bevölkerung zu tragen. Ein Versuch, der in gleicher Richtung auf meine Veranlassung im Vorjahre in den Provinzen Ost- und Westpreußen gemacht worden ist, hat im allgemeinen recht befriedigende Ergebnisse gezeitigt, wenn sich auch bei der Kürze der Zeit noch nicht eine unmittelbare Abnahme des Alkoholmißbrauchs hat mit Sicherheit nachweisen lassen. Namentlich hat sich auch die Mehrzahl der Kreise und selbständigen Gemeinden bereit finden lassen, die Kosten für eine erneute Verteilung in diesem Jahre aufzuwenden.

Euer Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, ein entsprechendes Vorgehen auch für den dortigen Bezirk einzuleiten und den mit der Durchführung des Impfgeschäftes betrauten Behörden die Beschaffung und Verteilung des Merkblattes nahezulegen. Dasselbe kann von der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, hier W 15, Uhlandstraße 146, zum Preise von 2 M. für je 1000 Exemplare bezogen werden. Die Verpackungskosten werden besonders berechnet. . . . . .

. . . . . . Inwieweit Euer Hochwohlgeboren außer dem Impfgeschäft auch sonst geeignete Gelegenheiten zur Verbreitung der Merkblätter benutzen wollen, überlasse ich Ihrem Ermessen. In Betracht kommen könnten insbesondere Verteilung der Merkblätter und kurze Erläuterung ihres Inhalts durch die Kreisärzte bei Schulbesichtigungen, Vorträge über den Inhalt der Merkblätter seitens der Kreisärzte in den Kreis-Lehrerkonferenzen und im Anschluß an eine Besprechung des Inhalts.

Bis zum 1. Januar 1910 erwarte ich Bericht, in welchem Umfange die Kreise und die Gemeinden die Beschaffung und Verteilung der Merkblätter vorgenommen haben, wie die Verteilung erfolgt ist, ob Beobachtungen über die Wirkung des Merkblattes gemacht worden sind, und ob eine Wiederholung der Verteilung in Aussicht genommen ist.

I. A.: Förster.

Es dürfte sich empfehlen, auch von den Irrenanstalten aus solche und ähnliche Merkblätter zu verbreiten. Red.

— **Petition um Neuregelung des Irrenwesens.** Die Petitionskommission des deutschen Reichstags hat eine Petition um Neuregelung des Irrenwesens durch Reichsgesetz dem Reichskanzler als Material überwiesen. Regierungsseitig wurde ausgeführt, daß die Stellung der Bundesregierungen zu dieser Frage eine sehr geteilte sei. Von einer großen Zahl von Bundesregierungen ist ein Bedürfnis für die Regelung verneint worden und in beachtenswerter Weise die Auffassung vertreten, daß die bestehenden landesrechtlichen Verordnungen und Verwaltungsvorschriften durchweg genügten und geeignet seien, etwaigen Mißständen vorzubeugen, und daß, wo solche vorkommen sollten, ihnen durch Änderung und Verbesserung der landesrechtlichen Verordnungen begegnet werden könne. Die Angelegenheit ist also mit erheblichen Schwierigkeiten verknüpft, es schweben aber trotzdem Erwägungen darüber, ob es möglich sei, gewisse Grundzüge aufzustellen, die einem gesetzlichen Vorgehen als Grundlage dienen können.

Referate.

— The Report of the pathological Departement of the Central Indiana Hospital For Insane (Medical Superintendent G. Edenharter M. D.).

Enthält 337 Sektionsbefunde der in den Jahren 1903, 1904 und 1905 in der genannten Anstalt verstorbenen und obduzierten Irren mit angehängten wissenschaftlichen Erläuterungen des Pathologen Charles Neu M. D.

Die Befunde zeugen von einer tiefen wissenschaftlichen Bildung und scharfen Beobachtungsgabe des Pathologen sowohl in der makro- wie mikroskopischen Anatomie, besonders aber in der Neurologie. Zugleich zeigt der Bericht den Nutzen, welchen die glückliche Verbindung des pathologischen Institutes und des Hospitals for the „sick" Insane mit der vorzüglich geleiteten Irrenanstalt, in welcher die Medizin studierende Jugend von Indianopolis von den Professoren der dortigen Universität in der Psychiatrie und Neurologie unterrichtet wird, den Medizinern bringt. Dr. Anton Hockauf.

Personalnachrichten.

— **Kgr. Sachsen.** Anstaltsarzt Dr. Vogel wurde von Großschweidnitz nach Colditz versetzt; an seine Stelle in Großschweidnitz wird der prakt. Arzt Dr. Kindler aus Rodewisch bei Auerbach eintreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 16. 10. Juli **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Psychiatrie und Presse. Von Dir. W. Weygandt (Hamburg-Friedrichsberg). (S. 137.) — Zum Ausbau des Anstaltswesens. Von Regierungsrat Direktor Dr. Josef Starlinger. (S. 139.) (Schluß.) — Über Mißhandlungen von Anstaltsgeisteskranken durch Pflegepersonen. (S. 141.) — Mitteilungen (S. 143): Rothschildstiftung in Wien. Die angeblich widerrechtliche Internierung des Rechtsanwalts Dr. Ehrenfried. Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen. Jahresversammlung der Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland. Bewilligung von 3000 M. an Prof. Edinger zu Gehirnstudien. — Referate. (S. 143.) — Personalnachrichten. (S. 144.)

Psychiatrie und Presse.

Von Dir. *W. Weygandt* (Hamburg-Friedrichsberg).

Die Psychiatrie hat sich nie einer guten Presse zu erfreuen gehabt. Alle Tagesblätter von der äußersten Rechten bis zur radikalsten Linken lassen es an gelegentlichen Seitenhieben auf die Irrenpflege nicht fehlen. Bald ist es die widerrechtliche Freiheitsberaubung, bald die Frage der Exkulpierung, bald irgendein anderes Problem, das mit großem Aufwand von Entrüstung und erstaunlichem Mangel an Sachkenntnis aufgegriffen und zu heftigen Anklagen gegen die Irrenärzte verarbeitet wird. Einen Hinweis auf die allem belehrenden Zweck der Presse kraß zuwiderlaufende Verständnislosigkeit in jener Richtung bot ein Feuilleton, das Ende der 90er Jahre in der meistgelesenen Tageszeitung südwärts des Maines erschien und sich des Hintertreppenromanrequisits der „Rattenzelle" bediente.

Es ist gewiß dringend erforderlich und recht verdienstlich, wenn von irrenärztlicher Seite immer wieder die Gelegenheit ergriffen wird, aufklärend zu wirken und darauf hinzudeuten, daß etwaige Schwierigkeiten in der Irrenpflege gerade von ärztlicher Seite am energischsten bekämpft werden und jedenfalls noch weit besser ferngehalten würden, wenn die von den Irrenärzten zu ihrer Tätigkeit unumgänglichen Mittel stets in ausreichendem Maße gewährt würden. Jede fragwürdige Preßäußerung über die Irrenpflege sollte von kompetenter Seite auf ihre Stichhaltigkeit geprüft und erläuternd besprochen werden.

In diesem Sinne ist es höchst anerkennens- und begrüßenswert, wenn ein in der wissenschaftlichen Psychiatrie und in der praktischen Irrenpflege gleich angesehener Kollege wie Professor Weber in einer vielgelesenen Tageszeitung (Hannoverscher Courier, 14. Juni 1909) Einspruch erhebt gegen die unerhörte Ausbeutung eines Vorkommnisses der Wiener Anstalt von seiten eines Berliner Blattes.

Aber gerade weil wir Irrenärzte auf einem so exponierten, viel angegriffenen Punkt stehen, sollte in unseren Preßäußerungen stets die allergrößte Vorsicht walten und möglichst nichts erörtert werden, was selbst wieder beim Publikum zu Verdächtigungen gegen manche Erscheinungen der modernen Irrenpflege führen kann. In dieser Hinsicht sind meines Erachtens die Schlußäußerungen des erwähnten Artikels „Moderne Irrenpflege" geeignet, Fernerstehende zu irrigen Schlußfolgerungen zu verleiten und, selbstverständlich gegen die Absicht des Verfassers, neuerdings bei Laien Mißtrauen gegen manche unserer Einrichtungen zu erwecken.

Es wird dort der Standpunkt vertreten, daß vor allem die sogenannten Riesenanstalten hinsichtlich einer zweckmäßigen Fürsorge ganz besonders bedenklich seien. So wie diese Ausführungen niedergelegt sind, dürften sie keineswegs seitens sämtlicher Fachgenossen widerspruchslos akzeptiert werden.

Es heißt am angeführten Ort:

„In einer Anstalt von 2000 bis 3000 Kranken kann, auch wenn der Ärztestab noch so groß ist, eine Individualisierung nicht mehr durchgeführt werden.

Der ärztliche Leiter ist natürlich eine Autorität in seinem Fach: aber sein persönlicher Einfluß dringt nicht mehr bis zu dem letzten Glied dieser Organisation, zu dem jüngsten Wärter, durch. Er wird durch hundert andere Instanzen aufgefangen und paralysiert. Und die untergeordneten Instanzen mögen noch so pflichtgetreu und eifrig sein: sie ersetzen damit nicht den persönlichen Einfluß dessen, der allein verantwortlich ist und diese Verantwortlichkeit durch persönliches Nachsehen und Einwirken betätigt.

Das kann der Leiter einer kleinen Anstalt viel besser, und das ist einer der wesentlichsten Punkte, der für die kleineren Anstalten und gegen die modernen Riesenbetriebe spricht. Die letzteren mögen den Kranken noch so viel Komfort bieten, die tägliche persönliche Berührung nicht nur mit ihren speziellen, sondern mit dem leitenden Arzt, seine autoritative Einwirkung



auf jedes einzelne Glied des komplizierten Mechanismus bieten sie ihm nicht."

Die Riesenanstalten, vor allem die erwähnte Wiener Anstalt, tragen die Signatur eines großzügigen Versuchs. Von gerechtfertigten Bedenken über die enorme Zunahme der Irrenfürsorgelasten ausgehend, haben große Gemeinwesen unter ärztlichem Beirat versucht, in Anstalten von 2000 und mehr Kranken durch die Konzentration der Verwaltungseinrichtungen sparsamer zu wirtschaften. Wie weit das möglich und zweckmäßig ist, wird sich erst nach langjährigem Betrieb einigermaßen sicherstellen lassen.

Eine Reihe von Bedenken wurde ja von vornherein erhoben. Der schwerwiegendste Gesichtspunkt betrifft die Situation des Anstaltsleiters, der natürlich bei einer Krankenzahl von mehreren Tausend nur in sehr wenig intensive Berührung mit dem Einzelnen treten kann und somit eventuell Gefahr läuft, mehr Verwaltungsmann als wie Arzt zu sein. Immerhin ist dies Bedenken auch verschieden, je nach der Persönlichkeit. Sehr wohl läßt es sich ermöglichen, auch bei einer hohen Aufnahmeziffer doch die frisch erkrankten Fälle alle zu sehen, sich demonstrieren zu lassen und die wichtigeren wenigstens auch selbst zu prüfen. Leute mit gutem Personengedächtnis werden im Laufe der Zeit dadurch doch einen Überblick über ihren Krankenstand erlangen, wenn man auch in jener Hinsicht nicht an Ausnahmebegabung denkt, wie etwa an jene Heerführer, die ganze Regimenter Mann für Mann persönlich gekannt haben sollen. Um das spezifisch Ärztliche zu wahren, dazu gibt es Gelegenheit genug, die ein Anstaltsleiter freilich suchen und nicht vermeiden soll; ich erinnere nur an die wissenschaftliche Tätigkeit, weiter an die gutachtliche Beschäftigung und schließlich an die immer mehr in Aufnahme kommenden Kurse, deren Abhaltung ein nobile officium vor allem des Anstaltsleiters sein sollte.

Es kann nicht unbestritten bleiben, wenn in jenen Zeilen behauptet wird, daß in Riesenanstalten eine Individualisierung nicht mehr durchgeführt werden könne. Das hieße doch die Tätigkeit unserer hunderte von Oberärzten und Anstaltsärzten nicht entsprechend einschätzen, denen auch in kleineren Anstalten doch gerade die heute selbstverständliche individualisierende Behandlung anvertraut ist, und die darin vielleicht noch ungehinderter vorgehen können als der manchmal durch fiskalische Rücksichten auf die verfügbaren Mittel beeinflußte Direktor.

Die Frage der autoritativen Bedeutung des Anstaltsleiters läßt sich schwer generell beantworten, vielmehr bedürfte sie der Würdigung von Fall zu Fall. Die Psychiatrie ist ein so viel verzweigter Abschnitt der ärztlichen Kunst und Wissenschaft, daß auch der begabteste Kollege unmöglich nach jeder Richtung hin Autorität sein kann. Soll der Organismus einer Anstalt möglichst vielseitig florieren, so wird sich der Anstaltsleiter auch in autoritativer Hinsicht des öfteren auf den einen oder anderen seiner Anstaltsärzte stützen müssen, der in diesem oder jenem Punkt über speziellere Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen verfügt, als jener selbst jeweils zu besitzen vermag.

Den persönlichen Einfluß sollte der Anstaltsleiter doch auch in einem großen Betriebe durchsetzen können, wenn er sich auch lediglich auf die besonders wichtigen Fragen und Vorkommnisse beschränkt. Ob die Anstalt 600 oder 1400 oder 2000 Kranke beherbergt, im Falle grober Pflichtverletzung eines Pflegers kann sehr wohl der Anstaltsleiter den Betreffenden persönlich vornehmen und die Bestrafung aussprechen; es hängt nur vieles von der Persönlichkeit selbst ab. In anderen Situationen wird aber der Anstaltsleiter auch durchaus zuverlässig durch seine Oberärzte vertreten werden können, denen er im Falle von Erkrankung oder Urlaub ja doch auch seine Vertretung anvertrauen muß. Gerade die Exemplifikation auf Steinhof dürfte in jener Hinsicht nicht ganz zutreffend sein, einmal, weil dort die Primärärzte auf ihren Stationen selbst mit Verantwortlichkeit ausgestattet sind (Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 1907, Nr. 27/28), dann aber auch schon darum nicht, weil der Leiter jener zurzeit größten europäischen Anstalt gerade von lebhaftem Interesse für die Pflegerausbildung erfüllt ist, und bekanntlich selbst Verfasser eines viel gebrauchten, vorbildlichen Leitfadens zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten ist.

Die erwähnte tägliche, persönliche Berührung der Patienten mit dem leitenden Arzt ist meines Wissens kaum irgendwo zu finden, weder in großen noch in kleineren Anstalten, aus dem einfachen Grunde, weil sie geradezu physisch unmöglich ist. Würde der Leiter einer 800 Kranke zählenden Anstalt jedem Kranken täglich nur 20 Sekunden widmen, so hätte er, die Zurücklegung der Entfernung ganz abgerechnet, nicht weniger als rund 4 1/2 Stunden Krankenbesuche zu machen, was in Verbindung mit dem übrigen Dienst undurchführbar ist. Wohl in allen Anstalten muß sich der leitende Arzt begnügen, in einem gewissen Turnus die Kranken zu besuchen, so daß er manche jeden zweiten oder dritten Tag, chronische Fälle auch wohl jede Woche einmal sieht. Selbst in Kliniken von 100 Plätzen ist es keineswegs allgemein Brauch, daß der Direktor täglich mit allen Kranken in persönliche Berührung kommt. Die täg-



liche Visite ist eben Sache der Ober- und Assistenzärzte.

Die Aufsicht über die Zentraleinrichtungen ist in einer ganz großen Anstalt sowohl möglich wie in einer kleinen; Kontrolle des Essens durch den Anstaltsleiter mittels regelmäßiger oder gelegentlicher Proben läßt sich ebensogut durchführen, wenn für 2000 oder wenn für 200 gekocht wird. Unter den Vorständen der Kliniken, die im Durchschnitt 150, zum Teil weniger als 100 Kranke verpflegen, finden sich gewiß manche, die seltener die Küche kontrollieren als die Leiter großer Anstalten.

Auch eine Anstalt von 300 bis 600 Kranken kann der Mitwirkung von Oberärzten nicht entraten, auch da muß sich der Direktor auf deren Beihilfe vertrauensvoll stützen und ihnen den Löwenanteil der eigentlichen individualisierenden Behandlung des einzelnen Kranken überlassen.

Unter den Momenten, die sich zugunsten einer großen Anstalt anführen lassen, ist neben den beachtenswerten wirtschaftlichen Vorteilen, so hinsichtlich größerer Abschlüsse von Lieferungen, der Anstellung von besonders tüchtigen Verwaltungsbeamten, polytechnisch gebildeten Ingenieuren usw., vor allem auch noch eine Reihe spezifisch ärztlicher Umstände zu berücksichtigen: Gerade bei einem Zusammenwirken von zehn und mehr Ärzten läßt sich am ehesten die segensreiche Einrichtung von Demonstrations- und Diskussionssitzungen treffen, während bei vier bis sechs Ärzten derartige Zusammenkünfte gewöhnlich zu monoton und weniger ergiebig ausfallen; die wissenschaftliche Betätigung größeren Stils, etwa die Zusammenarbeit mit klinischen und psychologischen oder serologischen oder histologischen Methoden läßt sich am ehesten ermöglichen, wenn sich aus einem größeren Stab von Ärzten die nötigen Hilfskräfte mit ihren verschiedenen Begabungen für diese oder jene Methodik auswählen lassen; vor allem aber wird auch gerade die Organisation von Pflegerkursen oder einer Pflegerschule am zweckmäßigsten durchgeführt werden können, wenn es sich um ein beträchtlich zahlreiches Pflegepersonal handelt, gegenüber den kleinen Anstalten, die bei 300 Kranken nur etwa zwei bis drei Dutzend Wärter und ebensoviel Wärterinnen besitzen. Das Wesentlichste zur Erzielung eines gediegenen Pflegepersonals, eine ausreichende, den Löhnen in Industrie und Handel vergleichbare Bezahlung, läßt sich in einer großen so gut wie in einer kleinen Anstalt anstreben.

Gewiß ist zuzugeben, daß bei weiterer Ausbreitung des Systems der Riesenanstalten die Aussicht der Anstaltsärzte auf Erlangung einer ganz selbständigen, leitenden Stellung reduziert und dadurch die ohnedies nicht gerade rosige psychiatrische Laufbahn in bedauerlicher Weise noch mehr beeinträchtigt würde. Aber es handelt sich ja nur um die Unterbringung der enormen Krankenmassen der Großstädte, während die Landesanstalten schon wegen der zweckmäßigeren Verteilung auf die einzelnen Landesgebiete voraussichtlich fast alle nicht über die Zahl von 1000 bis 1200 Insassen hinausstreben. Wie sich aber auch die Irrenpflege der Zukunft gestalten möge, auf keinen Fall werden die Anstaltsärzte als quantité négligeable zu gelten haben.

Wie gesagt, die ganze Frage der Riesenanstalten ist noch im Fluß und bedarf der weiteren Bewährung und Klärung. Es wäre verfrüht, jetzt schon den Stab zu brechen, und ratsamer erscheint es, die etwaigen Schattenseiten nicht zu schwarz zu malen. Vor allem ist es zweckmäßig, daß wir bei jeder Hervortretung an die Öffentlichkeit der Tagespresse prüfen, ob durch irgendwelche, wenn auch subjektiv noch so berechtigt erscheinende Kritik mancher Irrenpflegeeinrichtungen nicht Wasser auf die Mühle der Gegner einer modernen Irrenpflege überhaupt geliefert wird. Es werde mir darum nicht verübelt, wenn ich den angeführten Zeilen diese Ausführungen folgen lasse.

Aus der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

Zum Ausbau des Anstaltswesens.

Von Regierungsrat Direktor Dr. *Josef Starlinger*.

(Schluß.)

Dazu kommt endlich noch folgendes. Der Aufenthalt in den Anstalten dauert insgemein länger als in irgendeiner anderen Krankenanstalt. Vielen von ihren Insassen wird der Anstaltsaufenthalt zur dauernden Lebensform. Schon daraus folgt, daß dieser Daueraufenthalt einen heimatlichen Anstrich erhalten muß, soll er nicht immer als fremdartig und abstoßend empfunden werden.

Dieser Zweck setzt aber auch voraus, daß die Unterhaltungen in Irrenanstalten regelmäßig und



ziemlich oft sich wiederholen, nicht aber nur alle Vierteljahre oder nur zu Kaisers Geburts- oder Namenstag oder zu Weihnachten. Nein, sie müssen genau systemisiert sein mit ebenso genau berechnetem Programme wie jede andere therapeutische Einrichtung. In Mauer-Öhling ist es Gepflogenheit, daß auch das Unterhaltungsprogramm für einen ganzen Monat voraus festgelegt wird, das dann in unserer Anstaltszeitung zur Veröffentlichung gelangt. Hier werden ernste und heitere, bildende und belehrende Unterhaltungen abwechselnd angesetzt und auch auf den verschiedenen Bildungsgrad der Kranken möglichst Rücksicht genommen. So wissen die Kranken schon das Kommende im Vorhinein und freuen sich auf jede einzelne Unterhaltung wie andere gesunde Personen Tage und Wochen voraus.

Diese Unterhaltungen sind zugleich ein nicht zu unterschätzendes familiales Bindeglied zwischen den Kranken und den Angestellten, die möglichst zahlreich teilzunehmen pflegen und sich mit unter die Kranken mengen. Auch von der Familienpflege kommt immer ein beträchtlicher Zuzug, so daß immer baldigst ein recht ungezwungener Ton und eine allgemeine Anstaltsreunion sich einstellt.

Für eine solche regelmäßige Unterhaltungsnorm ist ein eigener Raum, oder besser ein eigenes Gebäude unbedingtes Erfordernis. Das sogenannte Festsaalgebäude — der Name ist leider recht irreführend — wird daher in neueren Anstalten selten mehr vermißt und hat ebenso Bürgerrecht sich erworben wie Küche, Kirche und dergleichen.

Die häufige Verquickung dieser Räume mit der Kirche ist durchwegs zu verwerfen. Eine solche Verbindung widerspricht nicht bloß den kirchlichen Anforderungen und religiösen Gefühlen, sie vereitelt direkt den Hauptzweck der Unterhaltungen.

Diese sollen ja besonders da ablenkend wirken, wo andere Ablenkungen durch die Arbeit fehlen, wie an Sonn- und Feiertagen. An diesen Tagen wird aber auch von kirchlicher Seite die meiste Anforderung gestellt, und so kommt es, daß eine solche Verbindung nirgends weder auf ärztlicher noch auf kirchlicher Seite befriedigt, dafür aber öfter Unannehmlichkeiten, wenn nicht gar Verdruß zeugt und den wirklichen Nutzen ganz vereitelt.

An diesen Dingen hängt aber zugleich wieder ein Teil Zivilisierung und Sozialisierung. Der sonntägige Kirchengang läßt sich aber auch in der Anstalt genau so halten, wie dieser in einem Dorfe oder Markte. Er gewährt dann nicht bloß einen gewohnten Anblick, sondern wird zu einer heimatlichen Einrichtung, die versöhnender wirkt mit dem Anstaltsaufenthalte als manches andere.

Und auch das Gesellschaftshaus läßt sich allein besser verwenden und ausgestalten. Was würde es verfechten, dort, wo eine ausgedehntere Familienpflege existiert oder größere Kolonien den Anstalten angeschlossen sind, das Gesellschaftshaus allsonntäglich nach dem Nachmittagssegen zum alkoholfreien Gast- und Kaffeehause werden zu lassen, wo gegen Anweisung oder Bezahlung Kaffee und Sodawasser kredenzt würde, daß dabei Zeitungen gelesen werden können, ein Spiel zu machen ist und vielleicht noch obendrein die Anstaltskapelle ihre Weisen erklingen läßt?

Ich halte nicht dafür, daß dies organisatorisch schwer durchzuführen wäre, ich bin aber überzeugt, daß eine solche Einrichtung mit dem Anstaltsaufenthalte mehr versöhnen würde als mancher Zuspruch bei den ärztlichen Visiten über Zweck und Wert und Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung.

Das bisher Gesagte läßt sich ungefähr dahin zusammenfassen. Alle diese angeführten Erscheinungen im modernen Anstaltsleben, die Notwendigkeit professionaler und pädagogischer Weiterbildung der Jugendlichen, die Ausbreitung der Freizügigkeit und größere Selbständigkeit der Pfleglinge, wie es die Familienpflege mit sich brachte, das Bestreben der Freiwilligen nach gewöhnlichen kurhausmäßigen Anstaltsverhältnissen, das Verlangen der Pensionäre sowie der Zug der Zeit nach größerer Individualisierung und endlich die Summe aller Neuerungen, wie sie eine ausgedehnte Arbeitstherapie erzeugt hat, alle diese Tendenzen scheinen dem Verfasser ein Hinweis und Hindrängen auf eine Zunahme der Einführung solcher Einrichtungen im Anstaltsleben zu sein, wie sie dem gewöhnlichen Außenleben entsprechen. Der Verfasser glaubt daher, daß man in Zukunft die Ausgestaltung des Anstaltslebens in diesem Sinne systematisch und stufenweise anstreben soll, und diese Richtung nennt er Zivilisierung und Sozialisierung des Anstaltswesens.

Das in vorstehenden Ausführungen Angeführte bildet nur einen Teil dieser Sozialisierung und Zivilisierung. Im weitgehendsten würde alles das hierher gehören, was Dorf, Markt und Stadt Ablenkendes bieten, und das soll auch in den Anstalten Verwendung finden, selbstverständlich frei von den bedenklichen Schlacken. Was alles sich da in der Anstalt einbürgern wird, muß Zeit und Erfahrung lehren. Allgemeine Regeln lassen sich vielleicht um so weniger aufstellen, als lokale Verhältnisse ein starkes Wort darin mitzureden haben. Wir sollen nur die Idee



einstweilen festhalten und jeder in diesem Sinne bestrebt sein, das Seinige zusammenzutragen und auszuprobieren.

Die Durchführung dieser Idee der größeren Anlehnung an das gewöhnliche Alltagsleben ist um so mehr erleichtert, als durch den modernen Pavillonstil die Kategorisierung der Kranken weitgehendst ermöglicht wird. Die Wachpavillons können nach wie vor geschlossen bleiben und versichert gehalten werden, während bei anderen jede Abstufung der Bewegung, d. h. jede Verkehrsform gestattet werden kann.

Seit Jahrhunderten kämpfen die Psychiater gegen Unverstand, Vorwürfe aller Art und Beschuldigungen ohne Zahl. Seit Jahrzehnten müssen sich selbst die modernsten Irrenanstalten immer und immer noch gefallen lassen, daß sie Gefängnisse, Marteranstalten und weiß nicht was noch genannt werden. Abwehr und Kampf haben sich bislang so ziemlich die Wage gehalten, vielleicht mit dem Unterschiede, daß der Kampf gegen Irrenanstalten und Internierung immer leichteres Spiel hat als die von den abwehrenden Psychiatern inszenierten Berichtigungen, weil jeder Anwurf gegen Anstalten zehnmal leichter und williger geglaubt wird als deren Aufklärung. In allen Gesetzgebungen ist derselbe Widerstreit zu bemerken. Angst des Publikums, Verklausulierung der Aufnahme und mannigfache Kontrolle einerseits und beruhigende Aufklärung der Irrenärzte und ihr Streben um möglichste Freigabe der Aufnahmen andererseits. Diese Kluft klafft heute gerade so wie vor achtzig und hundert Jahren.

Dagegen gibt es nur ein Mittel, das ist die Sozialisierung und Zivilisierung. Sie soll die Anstalten völlig befreien von allem Geheimnisvollen und Absonderlichen, und das Leben und Treiben in derselben soll sich nur insofern von der Außenwelt oder dem Leben in einem gewöhnlichen Kurhause unterscheiden, als Zweck und Notwendigkeit es absolut erfordern. Jede Beschränkung sei fest begründet, und wenn letzteres nicht möglich ist, lasse man Freiheit und Selbstbestimmung möglichst walten.

Zivilisierung und Sozialisierung soll einen weiteren Grad im Ausbau des Anstaltswesens darstellen. Es soll mehr sein als bloß Familiarisierung oder Kolonialisierung. Zivilisierung und Sozialisierung enthält beide, aber ihr Umfang ist weitreichender und umfaßt neben familiarer Ausschmückung der Räume und landwirtschaftlicher Beschäftigung und Behandlung noch namentlich größere Anpassung an das gewöhnliche Alltagsleben, umfangreichen Ausbau der Arbeitstherapie und weitgehendste Ermöglichung sozialer und ziviler Ablenkungen, wie professionelle und pädagogische Ausbildung der Pfleglinge, Pflege der Musik, Systemisierung der Unterhaltungen und dergleichen.

Verfasser weiß nicht, ob es ihm gelungen ist, alles das zur Anschauung zu bringen, was mit Sozialisierung und Zivilisierung der Anstalten bezweckt und gemeint ist, eines ist ihm aber klar, vieles von dem, was damit gemeint ist, fehlt heute noch den Anstalten überhaupt, und alles wird sich erst im Laufe der Jahre allmählich sammeln lassen. Aber kommen wird es müssen, da es der einzige Weg ist, den langjährigen Zwiespalt zwischen Außenwelt und Irrenanstalt gedeihlich zu lösen.

Über Misshandlungen von Anstaltsgeisteskranken durch Pflegepersonen.

In einem aus Anlaß des Falles Scontos (siehe Nr. 13 Seite 116) verfaßten Artikel „Moderne Irrenpflege" im „Hannoverschen Kurier" vom 14. Juni 1909 schreibt Prof. Weber-Göttingen: „Für den Kenner der Verhältnisse gibt das bedauernswerte Vorkommnis in der Wiener Irrenanstalt noch eine Lehre: Wir müssen uns hüten, alles Heil für die Irrenpflege in den großen, so sehr gerühmten Riesenanstalten zu erblicken."

Wenn dies auch bisher nirgends der Fall war, d. h. wenn auch bisher niemand „alles Heil für die Irrenpflege in den großen Riesenanstalten" erblickt hat, so gewinnt doch durch Gegenüberstellung der „großen Anstalten" mit einem Falle wie dem obigen die bekannte Streitfrage nach dem zweckmäßigsten Umfang der Irrenanstalten eine viel ernstere Note als durch die frühere überwiegende Geltendmachung des finanziellen Standpunktes. Jenes Moment würde gewiß auf eine Entscheidung hinwirken, wenn es möglich wäre, sichere statistische Daten über die Häufigkeit von Mißhandlungen Geisteskranker durch das Pflegepersonal in kleinen Anstalten einerseits, in großen andererseits zu gewinnen. Die Jahresberichte der Anstalten, auch der öffentlichen, geben darüber keinen gleichmäßigen Aufschluß; die einen handeln von dem Verhalten des Pflegepersonals überhaupt nicht, die anderen nur in allgemeinen Wendungen, andere geben bei den Entlassungen von Pflegepersonen nur an: wegen Verstößen gegen die Dienstinstruktion oder dergl. — Kurz, wie die Jahresberichte nun einmal vorliegen, ist für obige Frage daraus



nichts zahlenmäßig Sicheres zu erlangen. Immerhin dürften die nachstehenden Daten aus mir gerade zugänglichen Jahresberichten einiger preußischer öffentlicher Anstalten, die man zu den kleinen Anstalten rechnen darf, wenigstens den Fingerzeig geben, daß Mißhandlungen in kleinen Anstalten — in der Anstalt in A. in jedem Jahr während des aufgeführten Zeitraums eine, sogar zwei — häufig genug vorkommen, daß es also jeder tatsächlichen Grundlage entbehrt, die oben erwähnte Unterscheidung zwischen kleinen und großen Anstalten in dieser Richtung machen zu wollen.

Die hier angeführten Anstalten stehen bezüglich Individualisierung hinter anderen nicht nur nicht zurück, sondern stechen hervor durch die Freimütigkeit und Selbstlosigkeit, womit sie über unliebsame Vorkommnisse berichten, — einer der Wege zur Abhülfe.

Daß in einer kleinen Anstalt keineswegs das Verhalten der gewalttätigen Kranken zu den Ärzten und dem Personal ein wesentlich besseres ist (etwa wegen der Möglichkeit und Rückwirkung größerer Individualisierung) als in den großen Anstalten, dafür mag zur zahlenmäßigen Orientierung folgendes dienen: Der Bericht der durchschnittlich 300 Geisteskranke fassenden herzoglich anhaltischen Irrenanstalt in Bernburg pro 1901 schreibt pag. 18 (nachdem dort gesagt worden: „Allen denjenigen, die namentlich in den politischen Zeitungen in der letzten Zeit so sehr über die Irrenanstalten den Stab gebrochen haben, wünschte ich einmal einen längeren Aufenthalt in dieser Gesellschaft."): „Wir haben seit 1896 die tätlichen Angriffe zusammenstellen lassen, die von Kranken auf das Personal ausgeführt worden sind. Danach sind 87 Angriffe auf Wärter, 14 auf Oberwärter, 3 auf Assistenzärzte, 1 auf den Direktor von den Männern gemacht worden, und 114 von seiten der Frauen auf Schwestern und Wärterinnen."

Dr. Bresler.

Anstalt	Berichtsjahr	Krankenbestand am Schluß des Berichtsjahres	
N.	1902/03	736	. . . „Leider sind auch mehrere Mißhandlungen von Kranken seitens des Wartpersonals festgestellt worden; die Betreffenden wurden sofort aus dem Dienst entlassen und zur gerichtlichen Anzeige gebracht; von diesen ist inzwischen eine Wärterin zu einer vierzehntägigen Gefängnisstrafe verurteilt worden; gegen die drei übrigen war das gerichtliche Verfahren am Schlusse des Berichtsjahres noch nicht zu Ende geführt."
			(Dieselbe Anstaltsleitung sagt im Bericht pro 1901: „Namentlich an weiblichem Wartpersonal war oft Mangel und mußte deshalb vorübergehend auch mitunter minderwertiges Personal angenommen werden.")
U.	1895/96 bis 1899/1900	niedrigster 410 höchster 510	Innerhalb dieses 5 jährigen Zeitraumes „mußten acht wegen ungebührlichen Benehmens gegen Kranke entlassen werden".
U.	1. 4. 1890 bis 31. 3. 1895	schwankend von 372 bis 434	„Leider mußten während der Berichtszeit im ganzen sechs Wärter wegen tätlicher Mißhandlung von Kranken entlassen werden; mehrere davon wurden kriminell mit Gefängnis bestraft."
O.	1900 01	504	„Ein Wärter und eine Wärterin wurden mit sofortiger Dienstentlassung bestraft, weil sie handgreiflich gegen Kranke geworden waren."
L.	1901/02	280	Ein Wärter wurde entlassen, „weil er dringend verdächtig war, einen Kranken geschlagen zu haben".
T.	1906	601	„Einem Pfleger wurde der Dienst gekündigt, weil er einen Kranken, von dem er sich bedroht glaubte, geschlagen hatte."
T.	1907	601	„Einer Pflegerin wurde wegen unvorschriftsmäß. Behandlg. einer Kranken gekündigt."
B.	1907	532	„Eine wurde wegen groben Verhaltens gegen Kranke aus dem Dienst ohne Aufkündigung entlassen."
A.	1900	874	„Ein Wärter wegen Mißhandlung eines Krank. entlassen."
A.	1899	833	„Ein Wärter wegen Mißhandlung entlassen."
A.	1898	897	„Ein Wärter und eine Wärterin wegen Mißhandlung von Kranken entlassen."
A.	1897	911	„Zwei Wärter wegen Mißhandlung von Kranken entlassen."
A.	1896	897	„Ein Wärter wegen Mißhandlung eines Kranken entlassen."
E.	1901	769	„Einer mußte wegen rohen Verhaltens geg. einen Kranken entlassen werden."



Mitteilungen.

— **Rothschildstiftung in Wien.** Das Maria Theresia-Schloß in Döbling bei Wien wurde am 16. Juni an die Rothschild-Stiftung zur Errichtung der Heilanstalt für Nervenkranke verkauft.

— **Die angeblich widerrechtliche Internierung des Rechtsanwalts Dr. Ehrenfried,** die s. Zt. die Öffentlichkeit mehrfach beschäftigt hat, wurde am 30. Juni vor der 10. Strafkammer des Landgerichts I Berlin auf Grund einer Anklage gegen den Redakteur des „Vorwärts", Georg Davidsohn, erörtert. Eine große Zahl von Rechtsanwälten versammelte sich aus diesem Anlaß im Gerichtssaale. Unter Anklage stand ein im „Vorwärts" vom 5. März 1908 erschienener Artikel unter der Überschrift „Die Irrenhaustragödie eines Berliner Rechtsanwalts". In dem Artikel wurde die Geschichte Dr. Ehrenfrieds erzählt, der eines Tages auf Grund eines Gutachtens des Bezirksphysikus nach Dalldorf übergeführt, von dort bald nach Lankwitz überwiesen worden und von dieser Anstalt entflohen sei. In dem Artikel war die Sache so dargestellt, als ob die Internierung des Rechtsanwalts aus materiellen Gründen von seinen Familiengliedern, besonders von dessen Schwager, Rechtsanwalt Dr. Brat, böswillig veranlaßt gewesen sei. Dr. Ehrenfried wurde als ein neues Opfer der sehr reformbedürftigen Irrengesetzgebung hingestellt, der auf Grund der Intriguen seiner Familienglieder seiner Freiheit beraubt worden sei.

Nach sehr langen Verhandlungen über einen Vergleich kam ein solcher zustande. Der Angeklagte verpflichtete sich, im „Vorwärts" eine Erklärung zu veröffentlichen, in der u. a. folgendes gesagt wird: „Wir haben diesen Artikel im Vertrauen auf die Information, die uns Dr. Ehrenfried unter Vorlegung von schriftlichen Äußerungen Dritter über seinen Geisteszustand gab, veröffentlicht, zumal er uns als Material für eine Reform der Irrenrechtspflege geeignet erschien. Wir haben uns jedoch davon überzeugt, daß Rechtsanwalt Dr. Brat ausreichende Gründe hatte, die Unterbringung des Dr. Ehrenfried in eine Irrenanstalt in die Wege zu leiten, und nehmen daher die in dem Artikel enthaltenen Beleidigungen mit dem Ausdruck des Bedauerns zurück." — Die Kosten des Verfahrens übernahm der Angeklagte. Das Verfahren wurde hiernach eingestellt.

— **Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen.** Die nächste Versammlung wird am 24. Oktober d. J. in Jena tagen. Anmeldungen von Vorträgen bis längstens 1. August an Geheimrat Prof. Dr. Binswanger, Jena.

— Die **Jahresversammlung der Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland** findet am 22. und 23. Juli im West Riding Asylum (22.), Wakefield und in Queen's Hotel, Leeds (23.). Generalsekretär ist Dr. H. Bond, London W., Chandos Street 11, Cavendish Square.

— Die Königl. Preußische Akademie der Wissenschaften in Berlin hat Herrn Prof. Dr. Edinger in Frankfurt a. M. zu Studien über die Hirnrinde 3000 M. bewilligt.

Referate.

— Application of the Cottage System to the new Hospital by G. A. Smith M. D., Superintendent of Central Islip State Hospital, Central Islip L. J. N. Y. (American Journal of Insanity, Vol. LXIII, Nr. 4), betitelt sich ein Aufsatz, in welchem der Verfasser den Nachweis zu erbringen sucht, daß die koloniale Behandlung der Geisteskranken im Pavillonsysteme nicht nur die modernste, sondern auch die beste und richtigste Behandlungsmethode ist. Zu dem Zwecke entwirft er einen allgemeinen Bauplan, welcher bei dem Neubaue einer modernen Heil- und Pflegeanstalt in Anwendung gebracht werden sollte. Je nach der verlangten Kapazität der Anstalt können die einzelnen Pavillons in ihrer Größe bemessen werden.

Er schickt folgende allgemeine Bemerkungen voraus: „.... Die Unterbringung (housing) oder die Vereinigung (collecting together) einer großen Anzahl von Geisteskranken in einem Gebäude oder in einem Krankensaal (pavilion or ward) ist ein Hemmschuh (obstacle) für die individuelle Behandlung der Patienten und ist nur für die generelle Behandlung der Patienten oder für eine Behandlung derselben „en masse" (treatment „en masse") geeignet.

Dies ist insbesondere der Fall bei den chronisch Geisteskranken (chronic insane), welche zirka 85% der in den Hospitälern aufgenommenen Patienten ausmachen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß der unglückliche Krankheitsverlauf einer großen Anzahl von Fällen nur eine Folge dieser dichten Anhäufung einer so großen Zahl von Geisteskranken ist.

In der Verbesserung der individuellen Behandlung der akuten Geisteskranken machen wir rapide und zufriedenstellende Fortschritte, wenn jedoch die Patienten nach einjährigem Aufenthalte in dem Hospital nicht den Pavillon für Rekonvaleszenten erreichen, so werden sie unter die chronisch Kranken eingereiht. Diese Fälle nun sind es, die unsere Aufmerksamkeit eben so sehr in Anspruch nehmen sollten als die akuten Fälle. Es ist ein arger Fehler, das Interesse an der ärztlichen Behandlung eines Patienten zu verlieren, wenn derselbe die akute Abteilung verläßt, denn meiner Meinung nach wäre da immer noch die Hoffnung auf eine schließliche Entlassung vieler sogenannter chronischer Fälle vorhanden, welche als „gebessert" („improved") wenn nicht als „geheilt" („recovered") entlassen werden könnten, wenn wir nur in der Behandlung derselben mit jener Energie vorgehen würden, wie sie bei den akuten Fällen geübt wird."

„Auch ermöglicht dieses System eine sowohl rationelle als wissenschaftliche Einteilung der Kranken, wir sind nicht genötigt, die beachtenswerten Fälle mit den minder oder nicht beachtenswerten Fällen, die Ruhigen mit den Lärmenden, die Lenksamen mit den Widerspenstigen, die ehrlichen, rechtschaffenen Arbeiter mit den degenerierten kriminellen Geisteskranken zusammenzuhalten."



Es wird also das Cottagesystem Gelegenheit zur psychohygienischen wie rationellen Kategorisierung der Kranken bieten und die psychotherapeutische Behandlung der Kranken ermöglichen, ein unbeschreiblicher Vorteil des Pavillonsystems, welches auch durch den Wechsel des Aufenthaltes und der Gesellschaft dem Patienten die ihm aufgenötigte Internierung erträglicher machen und ihm die Rückerinnerung nach seiner Genesung und Entlassung nicht so entsetzlich erscheinen lassen wird.

Der Verfasser, welcher sich auf eine 20jährige Tätigkeit als Anstaltsleiter berufen kann, geht von dem Bauplane der von ihm derzeit geleiteten Staatsirrenanstalt Central Islip mit ihrer kolonialen Behandlungsmethode aus, deren Mängel und Fehler in seinem Entwurfe sorgfältig vermeidend.

Er verlangt für den Neubau einer Anstalt mit kolonialer Behandlung 1000 acres oder 400 ha leicht zugänglichen und gut zu bewirtschaftenden Grundes.

Die Anstalt soll nicht zu weit von der Stadt entfernt liegen, um den Bediensteten in freier Zeit leicht Gelegenheit zur Erholung zu gewähren.

Die Wasserleitung der Anstalt soll 1 Million Gallonen oder 43400 hl guten frischen Trinkwassers für den Tag liefern.

Die Kanalisierung richtet sich nach dem besten Gefälle der ganzen Kanalanlage.

Für die Abwässer verlangt der Autor ein einwurfsfreies Klärsystem (Bakterienrasen).

Zunächst dem Eingange in die Anstalt soll das leicht zugängliche Administrationsgebäude mit den Kanzleien, der Bibliothek, den Konferenzsälen und der Wohnung des Direktors situiert werden.

Zur Rechten und zur Linken des Administrationsgebäudes und hinter demselben sind fächerförmig die übrigen Gebäude in Gruppen oder Zentren angeordnet und zwar das akute Zentrum gleich hinter dem Administrationsgebäude, dessen Symmetrieaxe zugleich die Grenzscheide für die Männer- und Frauenabteilung ist.

Das akute Zentrum soll aus zehn Pavillons für je 25 Patienten, und zwar aus fünf für die Männer- und fünf für die Frauenseite, bestehen, welche mit je drei Speisesälen durch einen Korridor verbunden sein sollen. — Das Zentralgebäude ist als Aufnahmspavillon für jede Abteilung gedacht und enthält alle hierzu notwendigen Räumlichkeiten. Ein besonderer chirurgischer Pavillon nimmt im ganzen 80 Patienten auf.

In kurzer Entfernung von diesem wie jedem anderen Zentrum wären kleine Pavillons für je zirka 30 Kranke (chronische Fälle) zu errichten, welche für die häuslichen Arbeiten herangezogen werden sollen.

Rechts und links vom akuten Zentrum, je 100 Patienten fassend, situiert der Verfasser die Gruppe der Rekonvaleszentenpavillons mit offenen Türen und recht wohnlich eingerichtet. — Hier soll vollständige Freiheit herrschen.

Die beiden chronischen Zentren mit je zehn Pavillons für je 50 Kranke, nach den Geschlechtern durch die Hauptachse getrennt, sollen in der Diagonale vom Administrationsgebäude errichtet werden. Die Speisesäle sind wie beim akuten Zentrum situiert.

In die unmittelbare Nähe dieser Zentren soll ein feuersicheres Krankenhaus (infirmary building for the bedridden) mit einer Kapazität von je zirka 75 bettlägerigen Kranken erbaut und für die im Häuslichen mitarbeitenden Kranken je ein Extrasaal geschaffen werden.

Das industrielle Zentrum mit der Kraft- und Dampfanlage, der Anlage für die elektrische Beleuchtung, den Magazinen, dem Waschhaus, den Werkstätten etc. soll eine zentrale Lage haben, um einerseits das Brennmaterial besser zuführen zu können, andererseits damit der Dampf auf dem kürzesten Wege weniger an Expansions- und Heizkraft verliere und so wirksamer seiner Bestimmung zugeführt werde. — Für dieses Zentrum ist auch ein Pavillon für 25 bis 50 arbeitende Kranke zu errichten.

Das Farmzentrum mit seinen Stallungen, Scheunen, Schweine- und Geflügelställen ist hinter dem industriellen Zentrum zu situieren und hier ein Pavillon für 25 bis 50 arbeitende Kranke mit eigener Küche und Speisesaal zu erbauen.

Die ganze Anstalt umfaßt so ca. 2000 Patienten.

Das Vergnügungszentrum situiert er, um es allseits leicht und bequem zugänglich zu machen, mit der Festhalle, die auch zur Abhaltung des Gottesdienstes dienen soll, und den Spielplätzen zwischen dem industriellen und akuten Zentrum.

Die Pflegerheime (nurses- and attendants-homes) situiert er zentral rechts und links von der Hauptachse zwischen dem akuten, chronischen und Rekonvaleszenten-Zentrum.

Die Ärzte sollen eigene Pavillons bewohnen, welche den verschiedenen Dienstesobliegenheiten entsprechend bequem situiert sind.

An jedem Pavillon sollen große, weite, in den Wintermonaten mit Glaswänden verschalbare Veranden angebaut werden.

Jeder Pavillon hat seine Räume für die Reinigungsbäder und eine genügende Anzahl Klosetts, die passend an beiden Enden der Pavillons zu errichten sind, um das „plötzliche Anstürmen der Kranken am Morgen nach dem Aufstehen und den im ganzen Spitalsdienste peinlichsten Anblick zu vermeiden".

Eine in diesen Grundzügen erbaute und eingerichtete Kolonie würde nach dem Verfasser die Garantie für eine „normale, rationelle und wissenschaftliche Behandlung der Kranken bieten, in welcher nichts Wahnsinniges vorzufinden wäre, ausgenommen die Patienten".

Ich glaube, der Verfasser hat das gesteckte Ziel mit seiner Schrift erreicht.

Dr. Anton Hockauf.

Personalnachrichten.

— **Provinzial-Irrenanstalt Schleswig.** Medizinal-Praktikant Arno Wöhler ist am 30. April d. Js. hier ausgeschieden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

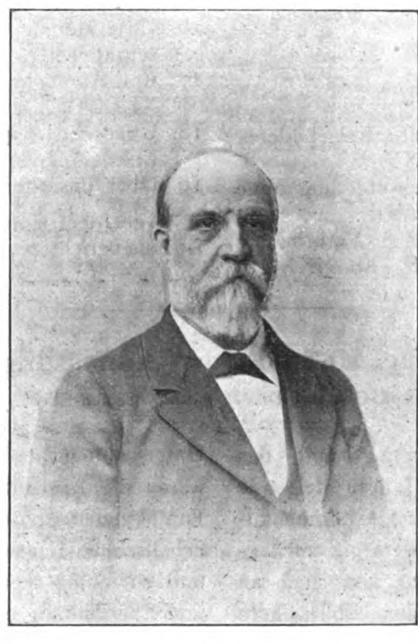
Nr. 17. 17. Juli **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Zum 50jährigen Doktorjubiläum Oebeke's. (S. 145.) — Eine einfache Methode der Auffassungsprüfung. Von Oberarzt Dr. R. Bolte, Bremen-Ellen. (S. 146.) (Schluß folgt.) — Mitteilungen (S. 149): Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Über die Much-Holzmannsche Kobragiftreaktion im Blute Geisteskranker. — Referate. (S. 152.) — Personalnachrichten. (S. 152.)

Zum 50jährigen Doktorjubiläum Oebeke's.

Am 4. August werden es 50 Jahre, seitdem der Geh. Rat Bernard Oebeke in Bonn zum Doktor promovierte, einer der Senioren aus dem reichen Kreise der rheinischen Irrenärzte und sogar ihr ältester, wenn nicht der alte Brosius noch wie ein rocher de bronze aus längst vergangenen Zeiten in unsere Tage hineinragte. In diesen 50 Jahren sind die Tage des Jubilars in einer seltenen Ruhe und Gleichmäßigkeit dahingeflossen, und wenn es ihm an Arbeit und Mühe sicherlich nicht gefehlt hat — und welchem Irrenarzt wären sie je erspart geblieben —, so hat sich sein Leben doch in den Grenzen ein und derselben Anstalt abgespielt. Denn schon wenige Tage nach seiner Promotion (15. Aug. 1859) trat der noch nicht 22jährige Doktor als Assistenzarzt in die Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Nervenkranke in Endenich b. Bonn ein, die sein Onkel, Geh. Rat Richarz, 1844 gegründet hatte. Mit diesem hat er die Anstalt später gemeinsam geführt, bis er sie 1872 selbständig übernahm, und wenn er sie auch nach einer 30jährigen Tätigkeit in andere Hände übergeben hat, so ist er doch bis auf den heutigen Tag mit der Stätte seiner Lebensarbeit als regelmäßig konsultierender Arzt in enger Verbindung geblieben. Aber die so gewonnene Muße in wohlverdienter Ruhe zu verbringen, lag nicht in Oebeke's Art.



Seit dem Jahre 1896 bekleidet er das Amt eines Landespsychiaters bei der Rhein. Provinz.-Verwaltung, und unter seiner sachkundigen Mitarbeit sind zwei größere Heil- und Pflegeanstalten nach dem Prinzip der freien Behandlung neu gebaut und die bisher vorhandenen fünf Provinz.-Anstalten den Anforderungen der Neuzeit entsprechend umgebaut und erweitert worden, während die Pläne einer dritten und auf 2000 Kranke bemessenen Anstalt beraten und festgestellt und ihre Ausführung in Aussicht genommen ist.

Wenn das rheinische Irrenwesen in unserem Vaterlande und weit über dieses hinaus in einem hohen und wohlverdienten Ansehen steht, dann wird man der Tätigkeit Oebeke's gedenken und sie und seinen Rat voll zu bewerten haben, und wenn ich an dieser Stelle seinen Takt und die Humanität seines ganzen Wesens besonders hervorhebe, womit er seine wahrlich nicht leichte Stellung den Anstaltsärzten gegenüber geltend machte, so ist mir dies ein ganz besonderes Bedürfnis und eine Freude, wobei ich mir jedenfalls eine gewisse Berechtigung zuerkennen darf, da Oebeke während acht Jahren gewissermaßen mein Vorgesetzter und jedenfalls mein Landespsychiater gewesen ist.

Ich halte diese Stellung überhaupt für eine recht schwierige und habe die Wahl Oebeke's von jeher für eine besonders glückliche angesehen.

Neben dieser reichen Tätigkeit innerhalb und außerhalb seiner Anstalt hat er noch die Zeit gefunden, seine Erfahrungen in zahlreichen wissen-

schaftlichen Arbeiten niederzulegen, und seinen Namen bei seinen Fachgenossen als den eines zuverlässigen Beobachters und eines allezeit sicheren Beraters in guten Klang zu bringen. Daß dem vielgewandten Manne das Vertrauen seiner Kollegen in ganz besonderem Maße zuströmen mußte, liegt auf der Hand, und es ist ein weiterer Beweis seiner Opferfreudigkeit und Arbeitskraft, wenn wir seinen Namen an der Spitze der verschiedensten ärztlichen Vereine finden (Bonner Ärztl. Verein; Psychiatr. Verein der Rheinprovinz; Verein der Ärzte des Reg.-Bez. Cöln; Ärztekammer der Rheinprovinz), und ihn seine Mitbürger in den Bonner Kreistag und den Stadtrat gewählt haben.

Das ist der Mann, dessen 50 jähriges Doktorjubiläum zu feiern wir uns anschicken.

Keine großen Ereignisse haben sein Leben bewegt, kein Rufer im Streite ist er uns gewesen. Wohl aber werden ihm an diesem Tage tausende dankbarer Herzen entgegenschlagen, und in ihren Glückwünschen wird ihm das beste Zeugnis gegeben werden, das unsereinem überhaupt zuteil werden kann: Transiit bene faciendo.

Pelman.

Arbeiten des Dr. Oebeke.

1. Über einen von seiten der Dura mater freigebildeten Knochen. Allg. Z. f. Psych. XXV.
2. Zur Behandlung der Nahrungsverweigerung ohne gewaltsame Fütterung. Eb. XXVII.
3. Über eine angeblich unrechtmäßige Verbringung einer Kranken in eine Irrenanstalt. Eb. XXXI.
4. Beitrag zur Frage: Besitzt die Ehe für das weibliche Geschlecht eine Schutzkraft gegen Rückfälle in Psychose? Eb. XXXIV.
5. Klinische Beiträge:
   a) Zur Charakteristik der epilept. Geistesstörung.
   b) Zur Heilung der Allgem. fortschr. Paralyse. Eb. XXXVI.
6. Beitrag zur klin. Erscheinungsweise und Diagnose lokaler Gehirnkrankheiten. Berl. klin. Wochenschrift, 1880. 31.
7. Zur lokalen Gehirnerkrankung. Eb. 1881. 32.
8. Über Schädeleinreibungen bei Allg. Par. A. Z. f. Psych. XXXVIII.
9. Zur Frage der Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken. Eb. XLI.
10. Dasselbe als Referat auf der Jahresversammlung Deutscher Irrenärzte zu Baden-Baden. Eb. XLII.
11. u. 12. Referate über die Minist. Verf. vom 19. Januar 1888 die Prov.-Irrenanstalten betreffend. Eb. XLVI., und in Eulenb. Viertelj.-Schr. f. ger. Mediz. 1889.
13. Syphilis und Allg. Paralyse. Allg. Z. f. Psych. XLVI.
14. Influenza und Psychosen. Eb. XLVIII.
15. Zur Syphilis des Zentral-Nervensystems und der Psychosen. Eb.
16. Über Mening. Cerebr. spin. Berl. Klin. Wochenschrift 1891.
17. Zur Ätiologie der Allg. Par. Allg. Z. f. Psych. XLIX.
18. Über die Pupillen-Reaktion und einige andere Erscheinungen bei der Allg. Par. Eb. L.
19. Über das rhein. Irrenwesen. Vortrag. Eb. L.

Außerdem eine größere Anzahl von Referaten und Anstaltsberichten.

Eine einfache Methode der Auffassungsprüfung.

Von Oberarzt Dr. *R. Bolte*, Bremen-Ellen.

Die Geschwindigkeit der Auffassung und des Reagierens hat in den letzten Jahren steigende Beachtung gefunden, zumal sie der experimentalpsychologischen Untersuchung besonders gut zugänglich ist. In erster Linie an Normalen, aber auch an Psychosen, Manisch-Depressiven, Senilen, Epileptikern sind exakte Reaktionsmessungen angestellt worden, wie z. B. in den bekannten Arbeiten von Kraepelin und Cron*), Cattel**), Ranschburg und Balint***). Eine praktische Bedeutung hat diese Untersuchungsart bisher kaum gewonnen. Dazu waren die Apparate, das Hippsche Chronoskop, das Pantokymographium, die Expositionsapparate, die Schallschlüssel usw. zu kostspielig und umständlich und zu häufig reparaturbedürftig. Jede Verbesserung und Einschaltung eines neuen Apparates brachte auch neue, schwer zu kontrollierende Fehlerquellen.

Immerhin legt der Praktiker jetzt auf das Symptom der Reaktions- und Auffassungserschwerung mehr Gewicht als früher, so daß man öfter in Krankengeschichten eine Bemerkung über den Eindruck findet, den der Pat. in dieser Hinsicht macht, etwa in der Form: „Pat. ist schwerfällig und reagiert langsam." Häufig sind sich aber zwei Untersucher über diesen Punkt uneinig. In den nicht seltenen Fällen, wo ein Kranker früher Krämpfe, Wutanfälle oder der-

*) Über die Messung der Auffassungsfähigkeit. Psycholog. Arbeiten, II, 2.

**) Erkennung und Benennung von Schriftzeichen etc. Wundt, Philosoph. Studien, II, 635.

***) Veränderungen geistiger Vorgänge im hohen Greisenalter. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 57, 635.



Nr.	Diagnose	Arithm. Mittel der Zentralwerte	Wahrsch. (Stell.-) Mittel	Häufigster Wert	Minimum	Maximum	Fehlreaktionen
		Sek.	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.	
1.	Gesund	0,74	0,8	0,8	0,6	1,2	0
2.	„	0,76	0,8	0,8	0,6	1,6	0
3.	„	0,80	0,8	0,8	0,6	1,2	0
4.	„	0,80	0,8	0,8	0,8	5,8	0
5.	„	0,80	0,8	0,8	0,8	1,4	0
6.	„	0,81	0,8	0,8	0,6	3,8	0
7.	Chron. Alkoh.	0,82	0,8	0,8	0,6	2,0	0
8.	Gesund	0,83	0,8	0,8	0,8	2,0	0
9.	„	0,83	0,8	0,8	0,8	3,0	0
10.	Psychopathie	0,88	0,8	0,8	0,6	2,8	0
11.	Mor. Insanity	0,88	1,0	0,8	0,6	2,6	0
12.	Apoplexie	0,88	1,0	0,8	0,8	3,8	2
13.	Chron. Alkoh.	0,89	0,8	0,8	0,6	3,0	0
14.	Gesund	0,90	1,0	0,8	0,6	2,8	0
15.	„	0,90	1,0	0,8	0,6	3,0	0
16.	Chron. Alkoh.	0,91	0,8	0,8	0,8	4,2	0
17.	Korsakoff	0,92	1,0	1,0	0,6	3,0	0
18.	Psychopathie	0,92	1,0	1,0	0,6	3,0	0
19.	Gesund	0,93	0,8	0,8	0,8	5,0	0
20.	Hysterie	0,93	1,0	1,0	0,6	2,0	1
21.	Gesund	0,94	0,8	0,8	0,6	2,8	0
22.	„	0,94	0,8	0,8	0,8	3,2	0
23.	Senium	0,94	1,0	0,8	0,8	2,6	0
24.	Gesund	0,94	1,0	1,0	0,6	20,0	0
25.	„	0,95	1,0	0,8	0,6	3,0	0
26.	Mor. Insanity	0,95	1,0	0,8	0,6	9,0	0
27.	Psychopathie	0,96	1,0	0,8	0,6	3,8	2
28.	Gesund	0,97	1,0	0,8	0,6	2,0	0
29.	Psychopathie	0,97	1,0	0,8	0,8	2,8	0
30.	Gesund	0,98	1,0	0,8	0,8	5,0	0
31.	„	0,98	1,0	0,8	0,8	7,0	2
32.	„	1,00	1,0	0,8	0,6	4,4	0
33.	„	1,00	1,0	0,8	0,8	3,0	1
34.	Paralys. incipiens	1,00	1,0	1,0	0,6	4,0	0
35.	Hysterie	1,00	1,0	1,0	0,8	2,4	0
36.	Chron. Alkoh.	1,02	1,0	0,8	0,8	3,8	0
37.	Gesund	1,03	1,0	1,0	0,8	2,0	0
38.	„	1,05	1,0	0,8	0,6	6,2	0
39.	Dem. praec.	1,05	1,0	0,8	0,8	5,2	3
40.	Psychopathie	1,06	1,0	1,0	0,8	3,0	0
41.	**Epilepsie**	1,07	1,0	?	0,8	3,8	0
42.	Hy. oder Ep.	1,08	1,0	0,8	0,8	5,6	0
43.	Gesund	1,08	1,0	0,8	0,8	4,8	3
44.	Geheilte Melanch.	1,08	1,0	1,0	0,6	3,6	0
45.	Paralys. incip.	1,08	1,0	1,0	0,8	4,0	0
46.	Dem. praec.	1,09	1,0	0,8	0,8	5,2	0
47.	Fast geh. Melanch.	1,09	1,0	1,0	0,8	2,4	0
48.	Gesund	1,10	1,2	1,2	0,8	2,6	0
49.	Manie	1,11	1,0	?*	0,6	5,0	0
50.	Paralys. incip.	1,11	1,0	1,0	0,6	2,0	2
51.	Hysterie	1,12	1,0	1,0	0,8	10,8	0
52.	Dipsomanie	1,12	1,2	1,2	0,6	7,4	0
53.	Gesund	1,13	1,0	1,0	0,6	8,0	0
54.	„	1,13	1,0	1,0	0,8	4,6	1
55.	„	1,13	1,0	1,0	0,8	4,0	3
56.	Hysterie	1,14	1,0	1,0	0,8	5,8	2
57.	Senium	1,16	1,0	1,0	0,8	3,8	0
58.	Psychop. kriminell	1,16	1,1	?	0,6	6,0	1
59.	Psychopathie	1,16	1,2	0,8	0,8	6,2	0
60.	Traumat. Hy.	1,18	1,0	1,0	0,8	7,2	0
61.	**Epilepsie**	1,19	1,0	0,8	0,8	5,8	0
62.	Hysterie	1,19	1,0	1,0	0,6	4,0	0
63.	„	1,20	1,0	1,0	0,8	9,0	1
64.	Chron. Alkohol.	1,22	1,2	1,0	0,8	7,0	1
65.	Hy. (Criminell)	1,23	1,2	?	0,8	2,4	0
66.	Psychopathie	1,24	1,0	1,0	0,6	9,0	0
67.	Chorea. progr.	1,24	1,2	1,0	0,8	4,8	0
68.	Gesund	1,24	1,2	0,8	0,8	2,6	2
69.	Psychopathie	1,27	1,2	0,8	0,8	3,8	0
70.	**Epilepsie**	1,29	1,2	1,2	0,8	6,0	1
71.	**Epilepsie**	1,34	1,2	1,0	0,8	4,8	2
72.	Hyst. und Imbez.	1,35	1,2	0,8	0,8	4,4	2
73.	Chron. Alkohol.	1,36	1,2	1,0	0,8	6,4	0
74.	Gesund	1,37	1,4	0,8	0,6	6,0	4
75.	Manie	1,37	1,4	1,0	0,6	5,6	5
76.	Dem. praec.	1,41	1,4	1,0	0,8	3,0	4
77.	Dem. praec.	1,41	1,4	1,2	0,8	2,8	2
78.	Imbezillität	1,45	1,3	1,0	0,6	5,0	3
79.	Dem. praec.	1,46	1,4	1,2	0,8	9,0	3
80.	Psychop.(Exhibit.)	1,46	1,4	1,0	0,8	8,2	3
81.	Hyst. oder Ep.	1,46	1,6	0,8	0,8	5,8	3
82.	Dem. praec.	1,47	1,4	1,2	1,0	4,8	1
83.	**Ep.** (Polioenceph.)	1,47	1,4	1,2	0,8	5,2	5
84.	**Epilepsie**	1,53	1,6	1,0	0,8	4,2	1
85.	Chron. Alkohol.	1,56	1,6	1,2	0,8	4,2	1
86.	Melanch.	1,57	1,6	1,0	0,8	7,4	0
87.	Hysterie	1,59	1,6	?	0,8	7,0	4

*) ? bedeutet, daß 2 oder mehr Werte gleich häufig auftraten.



Nr.	Diagnose	Arithm. Mittel der Zentralwerte Sek.	Wahrsch. (Stell.-) Mittel Sek.	Häufigster Wert Sek.	Minimum Sek.	Maximum Sek.	Fehlreaktionen
88.	**Epilepsie**	1,64	1,6	1,2	1,0	8,0	3
89.	**Epilepsie**	1,66	1,8	1,2	0,8	7,0	3
90.	**Epilepsie**	1,70	1,6	1,2	1,0	6,4	1
91.	Chron. Alkoh. (path. Rausch)	1,71	1,6	1,0	0,8	5.4	2
92.	**Epilepsie**	1,74	1,6	1,6	0,8	4,4	0
93.	**Epilepsie**	1,76	1,8	1,2	1,2	12,4	2
94.	Dem. praec.?	1,79	1,8	?	0,8	7,2	0
95.	Dem. praec.	1,81	1,6	?	0,8	9,8	0
96.	**Epilepsie**	1,87	1,8	1,8	0,8	11,8	3
97.	**Epilepsie**	1,87	1,8	1,2	1,2	6,5	0
98.	Dem. praec.	1,89	2,0	?	0,8	8,0	0
99.	Hy. (kriminell)	1,94	1,8	?	0,8	5,0	1
100.	Little's Krankheit	1,98	1,8	1,2	1,0	9,4	0
101.	Imbezillität	2,05	2,2	?	1,0	7,8	9
102.	Psychop. Depress.	2,10	2,0	1,0	0,8	18,0	1
103.	Hyst. (kriminell)	2,15	2,0	2,0	1,0	17,0	1
104.	**Epilepsie**	2,16	2,2	1,2	0,8	11,0	1
105.	**Epilepsie**	2,18	2,0	1,2	1,0	5,8	0
106.	**Epilepsie**	2,19	2,0	1,8	1,2	6,0	6
107.	**Epilepsie**	2,28	2,0	1,2	0,8	17,0	1
108.	Paralyse?	2,29	2,2	1,2	1,0	13,0	4
109.	**Epilepsie**	2,36	2,4	1,8	1,0	11,0	1
110.	**Epilepsie**	2,38	2,0	?	0,8	10,0	8
111.	**Epilepsie**	2,38	2,2	1,8	1,0	9,2	3
112.	**Epilepsie**	2,50	2,0	?	1,0	17,2	4
113.	**Epilepsie**	2,54	2,8	2,8	1,2	7,0	1
114.	Basadow u. Imbez.	2,68	2,4	1,6	1,0	22,0	6
115.	**Epilepsie**	2,76	2,4	1,0	0,8	28,0	3
116.	**Epilepsie**	2,83	2,6	1,2	1,0	10,0	3
117.	**Epilepsie**	2,83	2,8	2,0	1,2	6,6	1
118.	**Epilepsie**	3,07	2,8	1,8	1,0	40,0	0
119.	Melanch.	3,40	3,2	2,0	1.6	9,2	5
120.	Melanch.	3,96	4,0	4,0	1,0	17,6	2
121.	**Epilepsie**	4,45	4,8	2,8	2,2	11,0	0
122.	**Epilepsie**	4,52	5,2	2,2	1,2	19,0	9
123.	**Epilepsie**	4,66	4,6	?	1,8	12,0	2
124.	**Epilepsie**	5,83	6,0	3,0	1,4	25,0	1

gleichen gehabt haben soll, während der ärztlichen Beobachtung aber gar keine krankhaften Symptome zeigt, die auf die richtige Diagnose Epilepsie, Hysterie, Psychopathie führen könnten, und man daher genötigt ist, auch die geringsten Anhaltspunkte zu beachten, habe ich oft eine brauchbare Reaktionsmessungsmethode entbehrt, da die Reaktionsverlangsamung m. E. eines der konstantesten Symptome der Epilepsie ist, das nur in den leichtesten Fällen in der anfallsfreien Zeit vermißt wird.

In Anstalten, wo das Sommersche Fragebogenschema angewandt wird, mißt man wohl die Reaktionszeit bei der Rechenprüfung und glaubt dadurch einen gewissen Anhalt zu haben. Auch das Assoziationsexperiment, für das in neuerer Zeit die Messung mit der 1/5-Sekundenuhr auch von Kraepelinianern für die meisten Zwecke als ausreichend angesehen wird, kann man benutzen, aber sowohl die Rechenwie die Assoziationszeiten schwanken individuell sehr stark je nach der Rechen- oder Sprachgeschicklichkeit und anderen nicht immer klar zutage liegenden Verhältnissen. Sie erlauben daher nicht ohne weiteres einen annähernd richtigen Rückschluß auf die einfache Reaktionsgeschwindigkeit.

Einfache Reaktionszeiten direkt mit der 1/5-Sekundenuhr auch nur annäherungsweise zu messen, ist leider bei den meisten Menschen unmöglich, weil die fraglichen Werte oft unter 0,6 Sek. heruntersinken, wo die Leistungsfähigkeit der Uhr aufhört, ganz abgesehen davon, daß bei so kleinen Werten die Fehler des Untersuchers zu stark ins Gewicht fallen.

Ich habe daher lange nach einer Leistung gesucht, welche einerseits bei Gebildeten und Ungebildeten einigermaßen konstante Zeiten beansprucht, andererseits so langsam erfolgt, daß sie noch mit der 1/5-Sekundenuhr gemessen werden kann. Versuche mit allerleichtesten Rechenaufgaben, wie 1 mal 2 und 2 mal 3, mißlangen, weil bei geübten Rechnern die Zeiten zu kurz waren und außerdem erhebliche individuelle Verschiedenheiten bestanden. Die Methode, welche Klieneberger*) bei seinen Massenuntersuchungen mit Erfolg anwandte, nämlich die Zeit zu messen, in welcher die Wochentage, die Monate vorwärts und rückwärts hergesagt werden können, eignet sich nicht für Einzeluntersuchungen, weil für das Resultat die Bildungsstufe ausschlaggebend ist.

Schließlich verfiel ich auf die naheliegende Methode, die Auffassung von Gesichtsreizen und zwar von Sachbildern zu prüfen.**) Daß diese einfache Methode in der Psychiatrie bisher nicht angewandt worden ist, kann wohl nur an dem Vorurteile liegen, es könne

*) Intelligenzprüfungen von Schülern und Studenten. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907, Nr. 44.

**) Herr Kollege H. Neumann wird die Resultate der Untersuchungen, die er gemeinsam mit mir 3/4 Jahr hindurch gemacht hat, in einer Dissertation veröffentlichen.



die Zeit nicht genügend exakt mit der $^{1}/_{5}$-Sekundenuhr gemessen werden. Dasselbe Vorurteil hat die Einführung des Assoziationsexperimentes in die Praxis verzögert. Wie denn in der Psychologie und Psychiatrie die Neigung besteht, mit den feinsten und kompliziertesten Methoden anzufangen, ehe eine grobe Orientierung mit einfachen Mitteln stattgefunden hat. Und doch kann man mit einer schwachen mikroskopischen Vergrößerung schon manche brauchbare Untersuchung machen.

In der erschöpfenden Darstellung klinischer Untersuchungsmethoden von Anton und Hartmann*) und dem Abriß von Dost**) habe ich diese einfache Methode der Auffassungsprüfung nicht erwähnt gefunden, wohl aber berichtet Bostroem***) in einer soeben erschienenen Arbeit, die mir erst nachträglich zu Gesicht gekommen ist, daß er schließlich im Laufe seiner Untersuchungen über die Benennung optischer Eindrücke häufig zur $^{1}/_{5}$-Sekundenuhr gegriffen hat, ohne daß die Genauigkeit der Resultate wesentlich litt. Er benutzte auch bei Anwendung der $^{1}/_{5}$-Sekundenuhr einen Spiegelexpositionsapparat. Ich habe auf derartiges verzichtet, weil der Vorteil aller solcher Vorrichtungen durch andere störende Einflüsse (mangelnde Deutlichkeit des optischen Eindrucks, Erschütterungsgeräusche) aufgewogen wird.

Mir war wohl bekannt, daß Kraepelin an Stelle der Bilder Schriftzeichen vorgezogen hatte, „weil Schriftzeichen sich leichter in größeren Reihen gleichartiger Reize herstellen lassen und weil sich das Lesen derselben unmittelbar an eine häufig geübte Tätigkeit des gewöhnlichen Lebens anlehnt.“ Auch Bostroem ist von ähnlichen Erwägungen ausgegangen und hat in erster Linie mit Buchstaben, Zahlen Worten, Farben und erst in letzter Linie mit Bildern untersucht. Der Vorteil der Gleichartigkeit der Schriftzeichen tritt meines Erachtens aber ganz zurück gegen den Nachteil, daß die Lesefähigkeit der Patienten außerordentlich verschieden ist, während die Fähigkeit des Bilderbenennens auffallend wenig schwankt. Bostroem verwandte, wie er angibt, minderwertige Bilder und gibt selbst zu, daß dadurch Fehler vorkommen konnten.

*) Forensische Psychiatrie. Band I. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller. 1908.

**) Kurzer Abriß der Psychologie, Psychiatrie etc. nebst einer ausführlichen Zusammenstellung der gebräuchlichsten Methoden etc. Leipzig (Verlag C. W. Vogel), 1908.

***) „Die Benennung optischer Eindrücke.“ Sommers Klinik für psych. u. nervöse Krankheiten, Bd. IV, 1. Heft.

Während das Lesen die Patienten gelegentlich langweilt, machen die Bilder ihnen meistens Freude, so daß man mit ihrem Interesse und guten Willen rechnen kann. Ich verwende nur künstlerisch einwandsfreie Bilder mit leuchtenden Farben, die sorgfältig aus dem Bilderbogen*) ausgeschnitten und auf eine weiße Karte geklebt sind und dadurch auffallend plastisch hervortreten. Sie stellen immer nur ein einzelnes Ding, ein Tier, eine Pflanze oder einen Gebrauchsgegenstand dar. Ich fordere den Pat. auf, die einzeln gezeigten Bilder möglichst schnell zu benennen, verlange aber keinen speziellen Namen, bin also zufrieden, wenn die Versuchsperson etwa einen Hahn „Vogel“ nennt. Um den rhythmischen Schwankungen der Aufmerksamkeit entgegenzukommen, exponiere ich alle 5 Sekunden ein Bild, indem ich nach Ablauf der vierten Sekunde frage: „Was ist“ — und nach Ablauf der fünften Sekunde beim Worte „das?“ die Karte umklappe. Eine zweite Person mißt mit der $^{1}/_{5}$-Sekundenuhr und protokolliert die sprachlichen Äußerungen. Bequemer ist es, wenn ich selbst beim Exponieren die Zeiten ablese und diktiere. Es hat nur den geringen Nachteil, daß der Untersuchte dabei die Zeiten hört.

*) Firma Jos. Scholz, Mainz.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie,** abgehalten am 23. und 24. April 1909. (Fortsetzung.)

A. Westphal-Bonn: Über Enzephalomyelitis disseminata und arteriosklerotische Erkrankungen des Zentralnervensystems in ihren Beziehungen zur multiplen Sklerose.*) (Projektionsvortrag.)

An der Hand zweier klinisch beobachteter, zur Sektion gelangter und mikroskopisch genau untersuchter Fälle bespricht der Vortragende die Beziehungen der obengenannten Erkrankungen zur multiplen Sklerose.

In dem ersten Falle entwickelte sich bei einer früher stets gesunden 34jährigen Frau im Anschluß an ein Puerperium eine Schwäche der rechtsseitigen Extremitäten, die sich schnell zu einer schweren Lähmung derselben steigerte. Während die Lähmung des rechten Armes eine ausgesprochen spastische blieb, ging im weiteren Krankheitsverlauf auffallender-

*) Der Vortrag wird ausführlich im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten veröffentlicht werden.

weise die spastische Lähmung des Beins in eine schlaffe über. Der Patellarreflex schwand rechts vorübergehend, um später wieder schwach auslösbar zu werden. Fußklonus und Babinskisches Zehenphänomen blieben aber rechts andauernd bestehen. Die linksseitigen Extremitäten frei von Lähmung, Sehnenreflexe auch links gesteigert. Die Bauchdeckenreflexe fehlten. Starker Nystagmus bei Seitwärtsbewegungen der Bulbi. Der Augenhintergrund war normal. Die Sprache war in ausgesprochener Weise skandierend, verlangsamt, mitunter leicht paraphasisch gestört. Zittern wurde nicht beobachtet. Der Krankheitsverlauf war fieberfrei. Patientin war andauernd bald mehr, bald weniger benommen, ließ Urin und Stuhl unter sich.

Exitus zirka drei Monate nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen.

Bei der Sektion fand sich im Gehirn ganz vorwiegend die Marksubstanz durchsetzt von ungemein zahlreichen, teils opak grauen, teils mehr rötlich gefärbten Herden, die sich auch in Pons und Rückenmark in spärlicher Anzahl finden. Mikroskopisch überwiegen im Gehirn frische gefäßreiche Herde mit starker kleinzelliger Infiltration der Gefäßwand und der perivaskulären Räume. Die auffallendste Veränderung bieten in diesen Herden lebhafte Proliferationsvorgänge an den Gliazellen, die zu einer geradezu kolossalen Produktion großer geschwellter Gliazellen (Friedmannsche Zellen) geführt haben. An diese akuten Herde grenzen mitunter ältere völlig sklerotische Herde direkt an. Zwischen beiden Herdarten finden sich mannigfache Übergangsformen.

Im Rückenmark treten die akut entzündlichen Erscheinungen gegen Herde mit ausgesprochen sklerotischem Charakter in den Hintergrund. Der sklerosierende Prozeß hat hier in annähernd gleicher Weise die graue und weiße Substanz ergriffen. Erscheinungen sekundärer Degeneration fehlen. An einzelnen Stellen treten diffusere, auf entzündliches Ödem zurückzuführende Veränderungen mit Deutlichkeit hervor. Während an diesen Stellen die Achsenzylinder zum größten Teil zugrunde gegangen sind, ist sonst ihr rel. Intaktsein in älteren und jüngeren Herden bemerkenswert.

Die Beziehung der Herde zu den Gefäßen tritt besonders an den kleinen, frischen Herden mit Deutlichkeit hervor.

Das klinische Bild des Falles in Verbindung mit dem anatomischen Befunde entspricht dem der sogen. „akuten multiplen Sklerose", von der in jüngster Zeit besonders Marburg eine zusammenfassende Darstellung gegeben hat. Der Fall weist in evidenter Weise auf die innigen Beziehungen der akuten disseminierten Enzephalomyelitis zur multiplen Sklerose hin, er schließt sich denjenigen Beobachtungen an, welche zeigen, daß die akute Enzephalomyelitis in multiple Sklerose übergehen kann, jedenfalls von der akuten Form derselben meist nicht sicher zu unterscheiden ist.*) (Oppenheim.)

In dem zweiten Fall handelt es sich um einen 64jährigen Mann, der seit einer Reihe von Jahren an den Erscheinungen einer Depression mit mannigfachen „hypochondrischen Klagen" erkrankt war. Die auffallendste Erscheinung im Krankheitsbilde bot eine Gangstörung dar, die dem Bilde der sogen. trepidanten Abasie entsprach. Mühsames steifes Vorwärtsbewegen mit kleinen trippelnden Schritten, beim Beginn des Gehens Auf-der-Stelle-treten usw. Der Gang trug den Charakter des „Gemachten" und „Gesuchten". Daneben bestand eigenartig starrer maskenartiger Gesichtsausdruck und Speichelfluß. Haltung und Gesichtsausdruck des Patienten erinnerten an das Aussehen bei Paralysis agitans. Zittern bestand nicht. Im Liegen konnten die Beine aktiv ganz gut bewegt werden, bei passiven Bewegungen keine Spasmen nachweisbar.

Kniereflexe konnten häufig gar nicht, bei einzelnen Untersuchungen jedoch ganz schwach hervorgerufen werden. Links war in der letzten Zeit der Beobachtung Babinski nachweisbar.

Andauerndes Klagen über Kribbeln und Taubsein in Händen und Füßen. Peripherische Arterien rigide, Herz verbreitet, systolische Geräusche, akzentuierte zweite Töne an Pulmonalis und Aorta.

Exitus unter den Erscheinungen von Herzschwäche.

Die Obduktion ergab starke allgemeine Atheromatose besonders auch der Gehirngefäße. Hydrocephalus internus. An vereinzelten Stellen kleine, kaum linsengroße, alte zystische Erweichungsherde, u. a. auch in der Capsula int. dextra. Mikroskopisch im Marklager besonders in der Gegend des Hinterhaupts bald mehr herdartiger, bald diffuserer Faserausfall vornehmlich in der Umgebung veränderter Gefäße. Diese zeigen alle Stadien der Wandverdickung bis zu völliger Obliteration. Adventia stark verdickt. (Hyalin entartet?) Aufsplitterungen der Elastika.

In der Umgebung der erkrankten Gefäße Reste alter Blutungen (Hämatoidin-Kristalle). Keine auf einzelne Rindenabschnitte beschränkte Atrophien (perivaskuläre Gliose Alzheimers). Die Veränderungen entsprechen mehr dem Bilde der Encephalitis subcorticalis Binswangers. Schwere Pyramidendegeneration, Schleifendegeneration, wahrscheinlich bedingt infolge Unterbrechung der Fibrae arcuatae internae durch kleine sklerotische, in der Medulla nachgewiesene Herde.

Im Rückenmark zahlreiche große sklerotische Herde, die zu sehr weitgehenden Zerstörungen der grauen und weißen Substanz geführt haben. Die großen sklerotischen Plaques sind von denen der echten multiplen Sklerose nicht ohne weiteres zu unterscheiden. Vielleicht ist die Zerstörung der grauen Substanz, die oft noch schattenhaft in ihren Umrissen erhalten, keine so komplette wie bei der multiplen Sklerose. An

*) Oppenheim, Lehrbuch, V. Aufl., pag. 367.



frischeren Stellen jedoch, an denen es noch nicht zur Sklerose gekommen ist, in den Gliamaschen schon völliges Fehlen der Achsenzylinder nachweisbar, im Gegensatz zu dem Erhaltensein derselben bei der multiplen Sklerose. Zirkumskripte, keilförmige Degenerationsherde vornehmlich in den seitlichen Abschnitten des Markes in der Umgebung stark veränderter Gefäße. Gefäßerkrankungen des gesamten Rückenmarksquerschnittes, bei Fehlen aller entzündlicher Veränderungen. Diffuse Wucherung des Stützgewebes. Randdegeneration. Charakteristische Veränderungen (pigmentöse Degeneration) der Ganglienzellen in den erhaltenen Partien der grauen Substanz. Halbseitige Verschmälerung (Schrumpfung des Rückenmarks). Letztere Veränderungen entsprechen im wesentlichen dem bekannten Bilde der arteriosklerotischen Degeneration des Rückenmarks. (Sander, Redlich, Nonne u. a.) Eigenartig sind die großen sklerotischen, die graue und weiße Substanz ergreifenden Plaques, wie sie in dieser Ausdehnung bisher bei den arteriosklerotischen Degenerationen des Rückenmarks nicht beschrieben zu sein scheinen. Unser Befund bestätigt die wohl zuerst von Démange ausgesprochene Ansicht, „daß es eine sklerosierende Endo- und Periarteriitis der Rückenmarksgefäße auf der Basis einer allgemeinen Atheromatosis gibt, die zu einer disseminierten Sklerose führt."

Der Vortragende hebt die mannigfachen Übereinstimmungen und die anatomischen Unterschiede dieser arteriosklerotischen Form der multiplen Sklerose von der eigentlichen „Sclérose en plaques" hervor, von der sie ätiologisch durchaus zu trennen ist. Auch das Krankheitsbild bietet in dem vorliegenden Falle keine Berührungspunkte mit dem der multiplen Sklerose. Auffallend ist die Inkongruenz des anatomischen Befundes und des klinischen Symptomenkomplexes, eine Erscheinung, auf welche bei ähnlichen Fällen von seniler Erkrankung des Zentralnervensystems besonders Naunyn hingewiesen hat.

Die demonstrierten Fälle zeigen in evidenter Weise, wie nach Beschaffenheit und Verbreitung einander nahestehende multiple Erkrankungsherde im Zentralnervensystem klinisch völlig verschiedene Krankheitsbilder hervorrufen können.

— **Über die Much-Holzmannsche Kobragiftreaktion im Blute Geisteskranker** *) haben Priv.-Doz. Dr. A. H. Hübner, Oberarzt der Klinik für psychisch und Nervenkranke, und Priv.-Doz. Dr. H. Selter, Assistent des Hygienischen Instituts in Bonn, an 82 Fällen Untersuchungen angestellt. Die Zusammenstellung des Gesamtmaterials ergab folgendes Bild:

Diagnose	Zahl der Fälle	+	—	?
Manisch-depressives Irresein	27	12	7	8
Dementia praecox	24	10	5	9
Epilepsie	2	1	1	—
Vergleichsfälle	29	21	4	4

Die beiden Forscher kommen zu folgenden Schlüssen:

*) Vergl. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1909, Nr. 10, S. 94, und Nr. 11 Seite, 103.

„1. Die Kobragiftreaktion wurde nicht nur beim manisch depressiven Irresein und bei der Dementia praecox gefunden, sondern auch bei vielen anderen Krankheiten, und zwar sowohl Psychosen, wie Neurosen und organischen Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten.

2. Selbst wenn wir nur die diagnostisch ganz geklärten Fälle unseres Materials ins Auge fassen, konnte die Reaktion in noch nicht 50% der Fälle von manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox als positiv bezeichnet werden."

Diese Befunde weichen also erheblich von denen Muchs ab. Durch technische Fehler allein wird man, wie die beiden Forscher sagen, die Differenz nicht erklären können.

(Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909, Nr. 27.)

— Aus dem Programm des **VI. Internationalen Kongresses für Psychologie**, der vom 3. bis 7. August 1909 in **Genf** tagt, seien folgende Vorträge hervorgehoben:

Die Gefühle. Referenten: Proff. Dr. O. Külpe (Würzburg), Dr. P. Sollier (Paris). — Das Unterbewußte. Referenten: Proff. M. Dessoir (Berlin), P. Janet (Paris), Morton Prince (Boston). — Die Messung der Aufmerksamkeit. Referenten: Proff. M. L. Patrizi (Modena), Th. Ziehen (Berlin). — Psychologie der religiösen Phänomene. Referenten: Proff. H. Höffding (Kopenhagen), J. Leuba (Bryn-Mawr). — Psychopädagogische Klassifikation der zurückgebliebenen Schüler. Reff.: Dr. O. Decroly (Brüssel), Prof. G. C. Ferrari (Imola-Bologna), Dr. Th. Heller (Wien), Prof. L. Witmer (Philadelphia). — Die Methodologie der pädagogischen Psychologie. Ref.: Dr. I. Ioteyko (Brüssel). — Wahrnehmung der Lage und Bewegung des Körpers und der Glieder. Ref.: Prof. B. Bourdon (Rennes). — Die Tropismen. Reff.: Dr. G. Bohn (Paris), Prof. Fr. Darwin (Cambridge), H. S. Jennings (Baltimore), J. Loeb (Berkeley). — Gebrauch eines Systems von Symbolen und Zeichen in der Psychologie. Ref.: Jules Courtier (Paris). — Methode der Fehlerzählung bei der Zeugenaussage. Ref.: Dr. phil. Otto Lipmann (Berlin). — Vorstellung und Einstellung. Ref.: W. Betz (Berlin). — Zur Entwicklung des Raumsinns bei den Tieren. Ref.: M. Ettlinger (München). — 1. Über die Aktivität der Seele. 2. Über die Prinzipien der Mimik. Ref.: G. Itelson (Berlin). — Der biologische Gesichtspunkt in der Psychologie. Ref.: W. Jerusalem (Wien). — 1. Erfahrungen mit einer objektiven Methode der Bestimmung von Schülerzensuren (mit Projektionen). 2. Ergebnisse von Versuchen betreffend den Gehörssinn der Fische. Ref.: M. Meyer (Columbia). — Übergangsformen zwischen trichromatischen und dyschromatischen Farbensystemen. Ref.: W. Nagel (Rostock). — Die Beziehungen des ästhetischen Verhaltens zum Gefühlsleben. Ref.: R.-M. Ogden (Knoxville). — Die biologische Formel der Logik. E. d'Ors (Barcelona). — Zur experimentellen Untersuchung der Ähnlichkeitsassoziation. Ref.: W. Peters (Frankfurt a. M.). — Entwurf einer Zergliederung des Bewußtseins in rein objektive Elemente. Ref.: J. Pikler

(Budapest). Adresse des General-Sekretariats des Kongresses: 11, Avenue de Champel, Genf. Mit dem Kongreß ist eine Ausstellung verbunden.

Referate.

— Robert Heymann, Moralische Idioten und deutsche Sachverständige. Ein Beitrag zur Reform des deutschen Strafprozesses. Attenkofersche Verlagsbuchhandlung. Straubing. 30 S.

Verfasser unterzieht die Tätigkeit der Richter, Staatsanwälte und Sachverständigen in den Sensation erregenden Gerichtsverhandlungen der letzten Jahre einer Kritik. Die Justizbehörden kommen dabei nicht gut weg, noch schlechter geht es den Sachverständigen. In einem mit viel Gehässigkeit und wenig Sachkenntnis geführten Raisonnement wird dem Leser eröffnet, daß „alles, was irgendwie durch psychische oder physische Kraft über die heutige Schwäche der Generation hinausragt, nach psychiatrischen Begriffen moralisch defekt ist". „Der Psychiatrie darf man nicht das Recht geben, jeden höheren Flügelschlag des Geistes mit bornierter Einfältigkeit niederzudrücken." „Den Psychiatern ist als Sachverständigen im Gerichtssaal überhaupt kein Platz mehr einzuräumen."

Der Ton ist höhnend und artet stellenweise in platte Witze aus. Horstmann.

— Kauffmann, Dr. Max, Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. I. Teil: Die progressive Paralyse. Jena, Gustav Fischer. 1908.

Physiologisch-chemische Untersuchungen haben die Erkenntnis in der inneren Medizin wesentlich gefördert. Sie sind nun vom Verf. auch auf psychiatrischem Gebiet, zunächst bei der progressiven Paralyse, angestellt worden. Verf. hat u. a. der Polyphagie, dem paralytischen Anfall, dem aseptischen Fieber seine besondere Aufmerksamkeit zugewendet und Stoffwechseluntersuchungen in bedeutendem Umfang vorgenommen. Über Indikanurie und Kohlenhydraturie, Blut und Blutgerinnung, Wasserbilanz, Oxydation und Lumbalflüssigkeit berichtet er im vorliegenden Buche.

Während einer Stoffwechseluntersuchung erkrankte ein Paralytiker an Erysipel; dies beeinflußte den Stoffwechsel mächtig und führte eine auffallende Besserung der Psychose herbei.

Oft fanden sich Oxydationsstörungen; Zwischenprodukte sammelten sich an, körperfremde Stoffe riefen aseptisches Fieber hervor, die durch erhöhte Oxydation beseitigt werden konnten. Wiederholte Temperatursteigerung ohne körperliche Ursache war das Zeichen für einen schweren Fall. Überreiche Eiweißzufuhr führte schwere Fieberattacken und große psychische Erregung herbei. Erregten Paralytikern gebührt deshalb eine eiweißarme Kost.

Bei den akuten Fällen war besonders die Wasserbilanz gestört. Einen guten Einfluß auf die verlorene Fähigkeit, Wasser zu retinieren, hatte das Natrium lacticum. Abgemagerte Patienten nahmen hierdurch zu und wurden ruhiger. Pflanzensaure Salze, auch subkutan verabreicht, empfiehlt Verf. bei rapid abnehmenden und austrocknenden Fällen. Der betreffende Patient hat sieben Tage lang je 50 g Natrium lacticum erhalten. Auch manische Patienten empfanden nach derartigen Dosen Durst und nahmen zu. G. Ilberg.

Personalnachrichten.

— **Haina** (Bez. Cassel). Der erste Oberarzt hiesiger Anstalt, Dr. Paul Holthausen, scheidet am 1. September d. Js. aus dem hiesigen Anstaltsdienst aus, da ihm durch Beschluß des Provinzial-Ausschusses der Provinz Ostpreußen vom 26. v. Mts. die Arztstelle an der Provinzial-Anstalt für Schwachsinnige zu Rastenburg übertragen worden ist.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 18. 24. Juli 1909/10.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die „Lehre von den letzten Dingen". Von Dr. med. Bresler. (S. 153.) — Eine einfache Methode der Auffassungsprüfung. Von Oberarzt Dr. R. Bolte, Bremen-Ellen. (Schluß.) (S. 154.) — Ein Ausflug nach Ebberödgaard. Von Oberarzt Dr. Lomer in Blankenhain bei Weimar. (S. 156.) — Mitteilungen (S. 158): Aus Uchtspringe (Alt, Arsenophenylglyzin bei Paralyse, Fischer und Hoppe, Verhalten der Arsenpräparate im Körper, Wittneben und Beyer, Kobrahämolyse bei Geisteskranken). Anstalts-Fürsorge für geistig Minderwertige in Berlin. Ehrung Dr. Nonnes in Amerika. — Referate. (S. 159.)

Die „Lehre von den letzten Dingen".

Von Dr. med. *Bresler*.

Fragt man Laien, welche Art von Wahnsinn ihnen am besten bekannt sei, so wird einem meistens zur Antwort: „Der religiöse Wahnsinn". Wir hören diese Bezeichnung häufig aus dem Volksmunde, und der Wahnsinn bewegt sich tatsächlich sehr oft auf religiösem Vorstellungsgebiet. Die an Religion erinnernden Äußerungen Geisteskranker sind meist aus der Kindheit stammende Reminiszenzen, welche zur Vergegenständlichung der krankhaften Angstgefühle dienen; andere Kranke nehmen Begriffe aus der Physik oder Chemie etc. zu Hilfe. Der Kranke faßt die ihm unerklärlichen, seiner bisherigen Erfahrung völlig fremden Angstgefühle in Begriffe, die ihm in der Jugend eingepflanzt wurden zur Versinnbildlichung jenseitiger qualvoller Strafen, wie Hölle, Fegefeuer, Weltbrand, Weltgericht, Satan, Teufel, Antichrist usw. Dieses alles bildet den einen der beiden Hauptgegenstände der sogen. „Lehre von den letzten Dingen" (Eschatologie). Zweck dieser Lehre ist die Ausnützung der Furcht, welche schwache Gemüter vor dem Tode hegen.

Vor mir liegt ein auf Universitäten gebrauchtes Lehrbuch der Eschatologie. Neben der dogmatischen Verarbeitung und Fixierung dessen, was dichterische Phantasie vergangener Zeiten über das sogen. Jenseits geschaffen hat, neben spitzfindigen Versuchen, diese Phantasieprodukte naturwissenschaftlich und naturphilosophisch zu begründen, lehrt es an verschiedenen Stellen solchen haarsträubenden Unsinn, wie ihn auch ein Geisteskranker, zum mindesten ein auf der tiefsten Stufe des Aberglaubens stehender Mensch geschrieben haben könnte. Dafür ist natürlich nicht der Verfasser verantwortlich zu machen. Manche eschatologische Phantasterei, Ausgeburt von Furcht und Hoffen ungezählter Generationen, trägt in der Tat den Stempel krankhafter Gedankenarbeit. In ihrer Wirkung aber ist sie, soweit es sich um Androhung jenseitiger Strafen handelt, ein aus der Zeit der Inquisition zurückgebliebenes, dieser würdiges Requisit seelischer Marterwerkzeuge.

Als Erziehungsmittel für die Menschheit sehen wir dieses Gruselnmachen vor Höllenstrafen täglich versagen. Auch in der Schule müßten diese Dinge fortbleiben. Der selbständig denkende Teil der Lehrerschaft wird gewiß mit Freuden auf solch unwahrhaftiges Mittel verzichten. Zwar vermag glücklicherweise das menschliche Gemüt, wenn es kräftig veranlagt ist und sich gut entwickelt, diesen traurigen Fremdkörper im Laufe der Jahre von sich zu schütteln. Aber viele nehmen daran Schaden, bei vielen hinterläßt dieser gewaltsame Eingriff eine Narbe, die später bei geringen Anlässen aufbricht. Der Wiener Nervenarzt S. Freud und mit ihm viele andere haben gezeigt, wie seelische Schädigungen, welche das kindliche Gemüt auf dem Gebiete des sexuellen Empfindens erlitten hat, noch nach vielen Jahren wieder zur Geltung kommen können, nachdem sie anscheinend längst vergessen sind. Noch schlimmer steht es mit Schädigungen des religiösen Empfindens in frühester Jugend; es muß ja auch viel schlimmer sein, da die Lehre von Hölle, Satan etc. eigens zu dem Zwecke eingeimpft wird, damit diese Phantasmen in „schwachen" Zeiten drohend vor das geistige Auge des Menschen treten. Selbstverständlich überwiegen die Bilder der jenseitigen Schrecknisse über die Versprechungen ewiger Seligkeit. Die Menschheit, durch die Furcht vor dem Weltenbrand eingeschüchtert, wäre auch mit weniger Glückseligkeit, als verheißen wird, im Jenseits zufrieden, ja es würde vielen ein Zustand wie auf Erden dort völlig genügen, wenn sie dabei unversehrt um die Hölle herumkämen.



Aus dieser Quelle schöpft also manches geistig erkrankende Gehirn, wenn es seine abnormen Gefühle zu vergegenständlichen sucht. Seit achtzehn Jahren verfolge ich bei Geisteskranken mit besonderem Interesse die Mittel, mit welchen sie ihre Krankheit zu deuten versuchen. In einer sehr großen Zahl der Fälle sind es jene eschatologischen Vorstellungen; die im Laufe der Jahre durch die gesunde Kritik glücklich überwundenen, ins Unterbewußtsein zurückgedrängten Gedanken von Hölle, Teufel, ewiger Verdammnis, großer Sündenschuld tauchen wieder auf, und — was das schlimmste ist — sie steigern die Angst und verschlimmern die Krankheit, wie jede andere schmerzhafte Erinnerung es tut, welche bei einem Schwerkranken auftaucht oder rücksichtslos wachgerufen wird.

Diese Beobachtung, im Laufe von fast zwei Jahrzehnten immer wieder gemacht, war einer der Anlässe für mich, die Beziehungen zwischen Religion und geistiger Abnormität und Krankheit genauer zu verfolgen. Es ist meine Überzeugung geworden, daß mindestens die Hälfte von dem, was wir heute noch unter dem Begriff des Religiösen zusammenfassen, im Bereich des Krankhaften liegt, und daß manche der sogenannten „Heilsmittel" eigentlich instinktive, nur in relativ wenigen Fällen wirksame, aber auch hierbei nicht einmal unfehlbare „Heilmittel" für einige Arten leicht abnormer Seelenzustände oder nervöser Zustände sind, seelische Mittel, die nur wirken, wenn sie für das Individuum Wahrheitswert haben, d. h. wenn sich das Individuum dem Glauben an sie völlig hingibt, die aber leider absoluten Wahrheits- und Erkenntniswert nicht besitzen.

Das religiöse Schuldgefühl z. B. ist eine ganz und gar krankhafte Erscheinung, wie ich es an anderer Stelle gezeigt habe.*)

Die Psychiatrie darf mit dieser Erkenntnis um so weniger zurückhalten, als man in der heutigen wissenschaftlichen Theologie ohne Bedenken die Diskussion darüber zuläßt, ob die religiös-sittliche Entwicklung ausnahmslos für jeden Menschen nützlich und glückbringend ist, und ob nicht ein gesunder, kräftiger, lebensfreudiger Wirklichkeitssinn von sich aus dasselbe Ziel erreichen kann.

Es wäre sehr dankenswert, wenn der diesjährige, vom 3. bis 7. August in Genf tagende Internationale Kongreß für Psychologie, bei welchem Höffding und Leuba über die „Psychologie der religiösen Phänomene" referieren, die Ansicht der modernen Psychologie über den Wert der „Lehre von den letzten Dingen" in bestimmter und für das praktische Leben klar faßbarer und leicht anwendbarer Form zum Ausdruck bringen wollte.

Zu Genf ist vor wenigen Tagen die 400jährige Wiederkehr des Geburtstags des großen Reformators und Protestanten Calvin gefeiert worden. Möge der Internationale Psychologenkongreß, der über dem Konfessionalismus steht, mit dem Geistesfeuer eines Calvins vor den Völkern Protest erheben gegen die reaktionären Mächte, welche sich der Reform des religiösen Lebens, seiner Anpassung an die moderne Weltanschauung entgegenstellen.

*) Zeitschrift für Religionspsychologie. Herausgegeben von Prof. D. Dr. G. Runze und Dr. Bresler. Jahrgang III, Heft 1. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Eine einfache Methode der Auffassungsprüfung.

Von Oberarzt Dr. *R. Bolte*, Bremen-Ellen.

(Schluß.)

Ich benutze gewöhnlich eine Serie von 45 Bildern, die bei jeder Versuchsperson in derselben Reihenfolge gezeigt werden. Die gewonnenen 45 Werte verrechne ich in der Weise, daß ich das sogenannte wahrscheinliche Mittel und das arithmetische Mittel der 23 Zentralwerte berechne. Das heißt ich ordne die 45 Werte nach ihrer Größe und notiere 1. den mittelsten, in diesem Falle den 23. Wert, das ist das wahrscheinliche Mittel, und 2. berechne ich nach Abzug der 11 kleinsten und 11 größten Werte den Durchschnitt der restierenden mittleren Werte. Ferner notiere ich das Minimum und das Maximum der gesamten Zeiten und zeichne zur späteren schnelleren Orientierung eine Streuungskurve. Der Versuch selbst dauert höchstens zehn Minuten, die Verrechnung und Kurvenzeichnung, die man ja einer Hilfskraft überlassen kann, eine Viertelstunde. Es handelt sich also um eine wenig zeitraubende Sache.

Die Methode erscheint auf den ersten Blick sehr roh, und sie eignet sich gewiß nicht für die schwierige und undankbare allgemeinpsychologische Aufgabe der Auflösung des ganzen Vorganges in seine Komponenten (Perzeption, Auffassung, sprachliche Reaktion etc.). Ebensowenig wie das Assoziationsexperiment



mit der $^1/_5$-Sekundenuhr die zeitlichen Verhältnisse des intrapsychischen Vorganges der Assoziation untersuchen kann, haben wir hier eine reine Auffassungsprüfung. (Korrekter, aber allerdings umständlich ist es, von einer Prüfung der Funktion der Benennung optischer Eindrücke zu sprechen, wie dies Bostroem in der schon erwähnten Arbeit tut.)

Die Methode hat aber den Vorteil, daß sie immerhin recht konstante Resultate bei demselben Individuum gibt, wenn sich dasselbe, soweit äußerlich erkennbar, psychisch nicht verändert hat. Und das ist das Entscheidende. Es kommt ja nur darauf an, daß wir eine konstante Beziehung, ein Äquivalent vor uns haben. Auch in der Histologie verlangen wir ja nicht mit Hilfe der Färbungen die lebende Zelle, wie sie in natura ist, zu sehen, sondern begnügen uns mit dem durch die Färbung entstehenden Äquivalent. Das arithmetische Mittel der 23 Zentralwerte schwankt bei demselben gesunden Individuum um $^1/_{10}$ Sekunde. Das wahrscheinliche Mittel schwankt unter Umständen stärker, denn es ist ja ein mit der $^1/_5$-Sekundenuhr direkt gewonnener Wert. In den seltenen Fällen, wo überhaupt Schwankungen vorkommen, handelt es sich also um $^1/_5$ Sekunde. Eine solche Schwankung kann aber nur vorkommen, wenn das wahrscheinliche Mittel durch einen nicht sehr häufigen Wert repräsentiert wird und an der Grenze zweier Wertgruppen steht. Das arithmetische Mittel der Mittelzone läßt sich auf zwei Dezimalen ausrechnen und schwankt weniger.

Je nach der Art der verwandten Bilder wird die Reaktionszeit etwas verschieden sein. Man muß also die verwandte Serie, bevor man sie zu klinischen Zwecken verwenden kann, durch Versuche an Gesunden aichen. Bei meiner Serie betrugen die Minimalwerte nie über 0,8 Sekunden. Das Stellungsmittel und das arithmetische Mittel der Zentralwerte schwankt etwa zwischen 0,8 und 1,2 Sek. Nur einmal habe ich bei einer angeblich gesunden Frau, die einen auffallend langsamen epileptoiden Eindruck macht und sehr reizbar ist, einen Wert von 1,4 Sek. beobachtet.

Der Durchschnitt der mittleren Reaktionszeiten sämtlicher von mir untersuchten 28 Gesunden betrug 0,94 Sek. Auffallenderweise spielt die Bildung der Versuchspersonen nur eine unbedeutende Rolle. Der durchschnittliche Unterschied zwischen 10 Gebildeten und 18 Ungebildeten betrug nur 0,12 Sek., obwohl ich zum Vergleich mit Epileptikern besonders langsame Versuchspersonen unter den Ungebildeten aussuchte.

Von den Patienten habe ich grundsätzlich nur ruhige und normal sich betragende zur Untersuchung herangezogen. Kranke, welche vermutlich durch Halluzinationen, Sperrungen, Tiks und dergleichen behindert wurden, habe ich nicht berücksichtigt. Daß solche Kranke nicht so gut reagieren können wie Gesunde oder etwa besonnene Paranoiker, schien mir selbstverständlich. Mir lag daran, zu sehen, was mit dieser Methode an scheinbar normalen Leuten festzustellen sei. Die Epileptiker, 30 an der Zahl, habe ich alle in anfallsfreier Zeit untersucht. Zum Teil handelt es sich um „geistig Gesunde", die noch nie in der Irrenanstalt gewesen sind, und die ich auf der medizinischen Abteilung der Krankenanstalt beobachtete. Die Hysterien habe ich ebenfalls nur untersucht, wenn sie anscheinend gesund waren, die Manisch-Depressiven nur, wenn sie keine deutliche Ideenflucht oder Hemmung zeigten, die Frühdementen, wenn sie keinen Negativismus und dergleichen zu erkennen gaben.

Aus diesem Grunde gruppieren sich bei mir die einzelnen Krankheitsgruppen zusammenhängender als bei Bostroem und werden nicht so stark auseinandergerissen, wenn ich mein gesamtes Material, Gesunde und Kranke, nach der Reaktionszeit ordne. Außerdem gibt m. E. das arithmetische Mittel der Zentralzone ein zuverlässigeres Bild von dem Verhalten der Versuchsperson als der häufigste Wert, den Bostroem als Kriterium verwendet. Ein geringer Zufall kann die Stelle der maximalen Häufung verschieben, ganz abgesehen davon, daß nicht selten zwei Gipfel der Streuungskurve vorhanden sind.

Wenn ich mein gesamtes Material von 124 Fällen nach dem arithmetischen Mittel der Zentralwerte ordne, so befindet sich unter den ersten 60 kürzesten Benennungszeiten nur ein Epileptiker mit 1,07, der 41. der Reihe. Die nächsten beiden Epileptiker haben 1,19 und 1,29, die 27 übrigen Epileptiker alle längere Zeiten. Obgleich jeder vierte Untersuchte Epileptiker war, waren unter den 82 kürzesten Reaktionszeiten nur vier Epileptiker. Im Durchschnitt haben die 30 Epileptiker eine Reaktionszeit von 2,40 Sekunden. 50% derselben waren nicht nennenswert schwachsinnig. Im allgemeinen ging die Länge der Reaktionszeit der Schwere des Falles parallel, soweit dies aus den übrigen Symptomen ersichtlich war.

Psychopathen, Alkoholiker*) und Hysteriker verhalten sich im allgemeinen wie Gesunde. Die Ausnahmen zeigten irgendwelche Komplikationen mit

*) Nebenbei möchte ich bemerken, daß nach Alkoholgaben von 40 bis 80 ccm nach ein bis zwei Stunden geringe Verlangsamungen mit der Methode nachzuweisen sind.

Imbezillität, Exhibitionismus, Neigung zu epileptoiden Räuschen.

Bei Hysterie hatte ich erwartet, daß man häufig Verlangsamung der Reaktion suggerieren würde. Wenn ich aber von drei Kriminellen absehe, bei denen möglicherweise eine absichtliche Verzögerung der Antwort vorlag, so bleiben elf scheinbare Hysterien. Von diesen hatten drei deutliche Verlangsamung. Ein Fall (Nr. 27) ist ein imbez. Knabe; ein anderer (Nr. 97) hat sich als Epilepsie herausgestellt, es war eine Dame, die im Status epilepticus gestorben ist. Die an Dementia praecox Leidenden verhielten sich gelegentlich wie die Gesunden, gelegentlich traten aber bei ihnen, obwohl ich mir Leute von scheinbar normalem Verhalten ausgesucht hatte, plötzliche Sperrungen auf, wodurch eine ziemlich große Streuung und durchschnittliche Verlangsamung auftrat. Depressionszustände leichtester Art zeigten eine geringe Verlangsamung. Die Imbezillität zeigt bei schwereren Fällen natürlich zahlreiche Defekte im Erkennen. Verlangsamungen lassen aber auch meist die leichteren Fälle von Debilität erkennen. Fast alle haben Fehlreaktionen, d. h. Versager, wo sie überhaupt nichts in der Eile zu antworten wissen. Wo bei leichtem Schwachsinn starke Verlangsamung vorhanden war, stellte sich mehrmals nachträglich das Bestehen einer Krampfepilepsie heraus.

In schwierigen Fällen kann hiernach diese einfache Zeitmessung die Differentialdiagnose wesentlich erleichtern, besonders, wenn es sich darum handelt, eine larvierte Epilepsie von Psychopathie, Hysterie u. dergl. zu unterscheiden. Eine Reaktionszeit von 1,0 Sek. spricht mit Wahrscheinlichkeit, eine noch kürzere fast mit Sicherheit gegen Epilepsie. Eine lange Reaktionszeit kann man natürlich nicht mit derselben Bestimmtheit für Epilepsie positiv verwenden, weil sie die verschiedensten Gründe, Widerstreben, Unaufmerksamkeit, Schwachsinn, Hemmung und Sperrung haben kann.

Wenn man aber dies alles ausschließen kann, so darf man wohl aus der verlängerten Reaktion den Verdacht auf Epilepsie schöpfen. Meistens gibt auch der Inhalt der sprachlichen Reaktion besonders bei Epilepsie Anhaltspunkte. Die gewöhnlichen Stigmata der Epilepsie (Umständlichkeit der Ausdrucksweise, Haftenbleiben, Egozentrizität, aphasische Störungen) treten deutlich hervor. So gelingt es nicht selten, schon mit dieser einfachen Probe eine Vermutungsdiagnose zu stellen.

Wie auch Bostroem gefunden hat, macht das Benennen der Bilder den Epileptikern mehr Schwierigkeiten als anderen langsam reagierenden Menschen, während der Unterschied der Reaktion beim Lesen, Rechnen und dergleichen bei weitem nicht so deutlich in die Augen springt. Das ist auch leicht verständlich. Das Bilderbenennen ist eine Fähigkeit, in welcher alle Menschen verhältnismäßig gleich geübt sind. Die Unterschiede der Bildung machen sich hauptsächlich in der mehr oder weniger genauen Benennung und Bestimmung des abgebildeten Gegenstandes geltend. Selbst von den allerprimitivsten Naturvölkern wie den Bakairi wird berichtet, daß sie naturgetreue Bilder prompt erkennen und benennen. Hingegen ist die Ausbildung im Rechnen und Lesen äußerst verschieden. Der Epileptiker hat oft auf der Schule gut und fleißig gelernt und beschäftigt sich auch später in seiner Krankheit noch oft pedantisch mit Schönschreiben und Rechnen. Dadurch behält er eine Übung, die seine Verlangsamung verdeckt.

Nach alle dem glaube ich sagen zu können, daß dies Verfahren der Bildbenennungsprüfung sich für die Praxis eignet. Wenn man die Brauchbarkeit der Bilderserie einmal erprobt hat — und das kann man etwa in 20 Versuchen, weil die unbrauchbaren Bilder durch die konstanten Verlangsamungen bald auffallen —, so ist die Handhabung, wie ich auseinandersetzte, sehr einfach. Die gröberen psychischen Verschiedenheiten, die allein für die Diagnose und klinische Beurteilung in Betracht kommen, stellt die Untersuchungsmethode mit genügender Genauigkeit dar.

Ein Ausflug nach Ebberödgaard.

Von Oberarzt Dr. *Lomer* in Blankenhain bei Weimar.

Dänemark hat staatliche Anstalten für Geisteskranke und Geistesschwache. Beide Krankenkategorien sind in getrennten Anstalten untergebracht, die einen in den Irren-, die anderen in den Pflegeanstalten, um mich deutscher Ausdrücke zu bedienen. Diese Trennung ist aus Zweckmäßigkeitsgründen geschehen. Man geht in Dänemark also einen anderen Weg als in Deutschland, wo die universelle Heil- und Pflegeanstalt immer mehr an Boden zu gewinnen scheint.



Es gibt zwei Hauptaufnahmebezirke; einen westlichen, der Jütland umfaßt, und einen östlichen, zu dem die Inseln, einschließlich Seelands, gehören. Jeder Bezirk besitzt mehrere Staats-Irrenanstalten und Pflegeanstalten. Kopenhagen hat noch eine besondere Aufnahmestation.

Da ich mich Anfang Oktober in Kopenhagen aufhielt, versäumte ich es nicht, die nächstgelegene Anstalt für Geistesschwache zu besuchen. Man fährt eine halbe Stunde mit der Nordbahn, bis zur Station Birkeröd, und hat von da noch etwa ebenso lange zu Fuß zu gehen. Ebberödgaard liegt unweit der See, von herrlichem Buchenwald umgeben. Vor der Anstalt sieht man, rechts vom Wege, auf einer Anhöhe die hübsche Villa des leitenden Oberarztes. Eine Pflegerin nahm meine Karte in Empfang und meldete mich den gerade auf der Vormittagsvisite befindlichen Kollegen, Prof. Dr. Friis und Assistenzarzt Dr. Hoff. Ich hatte das Vergnügen, an der Visite teilnehmen zu dürfen und bei dieser Gelegenheit die schöne, 1892 neuerrichtete Anstalt kennen zu lernen.

Ebberödgaard war ursprünglich für 400 Kranke bestimmt, faßt jetzt aber 450. Die Anstalt ist im Pavillonsystem gebaut, hat ein Verwaltungsgebäude mit Laboratorium, Bureau usw., einen eigenen artesischen Brunnen und elektrisches Licht. Dazu 100 Tons Land, welche in eigener Bewirtschaftung stehen. Die gesamte Anstalt, mit allem Inventar usw. hat einen Versicherungswert von etwa $1^1/_2$ Millionen Kronen (1 Krone = 1,12 M.). Der Jahresetat betrug im letzten Berichtsjahre 276 244 Kronen.

Das Krankenmaterial setzt sich lediglich aus Imbezillen, Idioten, Epileptikern zusammen, welche in zwei besonderen Abteilungen, dem Arbeitsheim und dem Pflegeheim, untergebracht sind. Auch gibt es eine besondere Kinderabteilung, die 60 und mehr Insassen hat und stets voll besetzt ist. Es liegen speziell für diese Abteilung immer mehr Anmeldungen, vor als Plätze vorhanden sind, so daß neu Aufzunehmende vorgemerkt werden müssen. Die erzieherische Arbeitsleistung der Anstalt wird weithin anerkannt.

Tagesräume und Schlafsäle sind geräumig und luftig. Es wird kein Kranker mehr aufgenommen, als die Verhältnisse gestatten. Der Haupteindruck aber des Ganzen war der einer großen, ja peinlichen Sauberkeit und Ordnungsliebe. Die Betten, durchweg von moderner Konstruktion, stehen, ausgerichtet, in großen Zwischenräumen, weit ab von den Fenstern. Die Matratzen sind mit Seegras gestopft, das hier billig ist. Am Fußende jedes Bettes ist ein Klappstuhl organisch befestigt, auf dem nachts die Kleider niedergelegt werden, — eine sehr praktische Einrichtung. An den Wänden der Tagesräume stehen Holzbänke mit auffallend hohen Lehnen, fest und solide, eigenes Fabrikat der Anstalt.

Als ganz vortrefflich müssen die Werkstätteneinrichtungen von Ebberödgaard bezeichnet werden. Ich sah musterhaft eingerichtete Tischler-, Schuster-, Bürstenmacherwerkstätten, auch eine Mattenflechterei; sie lagen im Souterrain, haben aber durch große, helle Fenster Licht und Luft im Überfluß. In jeder Werkstatt arbeiteten etwa ein Dutzend Kranke oder mehr unter der Leitung besonders geschulten Personals. Der Bedarf der Anstalt auf den genannten Gebieten wird vollständig im eigenen Hause gedeckt, ja, es wird mit der Überproduktion noch ein schwunghafter Handel betrieben.

Der Wachsaalbetrieb, überhaupt der ganze innere Dienst, ist im ganzen ebenso geregelt wie bei uns zu Lande. Ähnlich ist es auch mit der Krankenbehandlung. Von den Schlafmitteln werden die billigeren bevorzugt, doch ist der Verbrauch gering. Dauerbäder sind bis jetzt nicht eingeführt. Isoliert wird so gut wie gar nicht (die Anstalt hat nur zwei Isolierräume). Der ruhige Charakter der Bevölkerung scheint auch im Verlaufe der Psychosen sich nicht ganz zu verleugnen. Dazu kommt allerdings, daß Ebberödgaard ja keine akuten Psychosen hat.

Anlaß zur Verwunderung gab mir die Tatsache, daß der Grundsatz des möglichst weit durchgeführten no-restraint noch nicht Fuß gefaßt hat. Ich war sehr überrascht, im Tagesraum mehrere zerstörungssüchtige Kranke in der — Zwangsjacke zu finden, und zwar war das kein Ausnahmefall, sondern man beließ sie, wie ich hörte, gewohnheitsmäßig in derselben, wo sie sich — dem Anscheine nach — ganz wohl befanden.

Eine ähnliche Beobachtung konnte ich in einem der Kindersäle machen. Dort hatte man einen Knaben, der zur Selbstbeschädigung neigte, die Arme an einen um den Leib befestigten Ledergurt geschnallt. Auch Stühle mit einem vorderen Schließbalken sind noch im Gebrauch.

Und das alles trotz reichlichen Personals. Werden diese 450 Kranke doch von 60 Wärtern und Wärterinnen versorgt, so daß auf jeden Pfleger 7,5 Pfleglinge kommen. Übrigens machte das Personal durchweg einen gutgeschulten und ordentlichen Eindruck.

Das Anstaltsland steht, wie bereits gesagt, ganz in eigener Bewirtschaftung. Ebberödgaard besitzt elf Pferde, 50 Kühe (rotbunte Dänen) und 120 Schweine. Eigenen Wald leider fast gar nicht. Werkstätten und Landwirtschaft machen es möglich, daß fast drei



Viertel aller Kranken beschäftigt werden können.

Diese Beschäftigung findet, wie ich mich überzeugen konnte, unter sorgfältigster Individualisierung statt. Ein Idiot, dessen rechte Hand total verkrüppelt war, handhabte mit größter Gewandtheit die Säge. Ein Taubstummer brachte es fertig, allein mit der rechten Hand, unter Zuhilfenahme des Mundes, vollwertige Büistenbinderarbeit zu leisten.

Alkohol wird in der Anstalt gar nicht verabreicht. Die Festlichkeiten feiert man ähnlich wie bei uns, vor allem Weihnachten, Fastnacht und das Erntefest. Königs Geburtstag gilt interessanterweise nicht als besonderer Festtag.

Was die Pflegekosten betrifft, so wird die Mehrzahl der Kranken auf Staatskosten verpflegt. Für nicht ganz 2 M. den Tag gewährt die Anstalt Unterkunft, Kost, Pflege, Krankenkleidung und — im Todesfalle — ein anständiges Begräbnis. Regel ist es, daß sich Staat und „Amt" in die Pflegekosten unbemittelter Kranker teilen. Die Pflegesätze für bemittelte Kranke sind natürlich höher. Aufnahmeanträge gehen über eine Zentralbehörde, die entscheidet, ob, wann und wo ein Kranker Aufnahme finden kann.

Familienpflege ist in Ebberödgaard nicht eingeführt. Wohl aber in der Schwesteranstalt Gamle Bakkehus, wo sich zu Ausgang des vorigen Jahres fast ein Drittel der Kranken, nämlich 77, unter Anstaltsaufsicht in Familienpflege befanden.

Dort ist, wie ich hörte, — nach schwedischem Vorbild — auch eine Webewerkstatt eingerichtet, welche von kranken Kindern sowie Erwachsenen besucht wird und sich ausgezeichnet bewährt haben soll.

Leider erlaubte meine Zeit es mir nicht, auch Gl. Bakkehus einen Besuch abzustatten.

Mitteilungen.

— **Aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe**, welche unter der Ägide und tatkräftigen Mitarbeit Alts zu einer wissenschaftlichen Stätte ersten Ranges geworden ist, veröffentlicht die „Münch. medizinische Wochenschrift" vom 20. dieses Monats wiederum hochbedeutsame Arbeiten. Direktor Professor Dr. Alt berichtet über „Behandlungsversuche mit Arsenophenylglyzin bei Paralytikern".

Im Hinblick auf die Erfolge, welche Ehrlich mit diesem Mittel bei experimentell erzeugter Schlafkrankheit erzielte, hat Alt dasselbe bei Paralytikern versucht. Von 31 Paralytikern mit positiver Wassermannschen Reaktion verloren 7 die Reaktion vollständig; bei einem kehrte sie nach fünf Wochen zurück; bei den anderen blieb sie fort. Bei einer größeren Zahl der Behandelten wurde sie wesentlich schwächer und kehrte nach einiger Zeit in früherer Stärke wieder. Das Nichtschwinden der Reaktion in einem Teil der Fälle ist möglicherweise der anfänglichen Anwendung niedriger Dosen zuzuschreiben. Fälle von nicht mehr als zweijähriger Dauer der Paralyse schienen am meisten beeinflußt zu werden. Von sechs Epileptikern mit voraufgegangener Lues und positiver Wassermannschen Reaktion verloren vier die Reaktion vollständig nach Behandlung mit Arsenophenylglyzin. Bei einer Anzahl hereditär-luetischer idiotischer Kinder konnte damit die Wassermannsche Reaktion nicht zum Schwinden gebracht werden, vielleicht weil man stärkere Dosen vorläufig scheute. — Nach tags zuvor erfolgter Feststellung (durch Ophthalmo- und Kutireaktion mit 10% Lösung), daß die zu Behandelnden keine besondere Empfindlichkeit gegenüber dem Präparat aufweisen, wurde kräftigen Erwachsenen an zwei aufeinander folgenden Tagen je eine Dosis von 1 g intramuskulär injiziert, schwächeren Personen je 0,8 g. Personen mit schlechter Herztätigkeit wurden ausgeschlossen. Nebenwirkungen: in drei Fällen nach der zweiten Injektion Temperaturanstieg, starke Benommenheit, scharlachartiges Exanthem, das in wenigen Tagen abklang. In einigen weiteren Fällen rasch vorübergehende geringfügige Temperaturerhöhung ohne andere Störungen. Bei den meisten Behandelten vorübergehendes Steigen der Pulszahl um 10—15 Schläge in der Minute. Ziemliche Herzunruhe am Tag der Injektion bei zwei Kranken mit leicht erregbarer Herztätigkeit; die Herzunruhe schwand bald. Bei einem idiotischen Knaben, der nur während des Zahnens Krämpfe gehabt haben soll, einige Tage nach der Behandlung zwei Anfälle hystero-epileptischen Charakters; seitdem — d. i. seit sechs Monaten — keine Wiederholung derselben. Bei einer schwangeren paralytischen Frau am Tage nach der ersten Injektion Geburt eines lebensfähigen, 2 kg schweren Kindes. Bei zwei Kranken Uebelkeit und Erbrechen am Ende der Injektion. —

Nahezu durchweg Gewichtszunahme und Hebung des Allgemeinbefindens. Bei einem Paralytiker verlor sich die vordem übermäßige Lecithinabgabe im Kot. Bei einem anderen Paralytiker fiel der Gehalt des Bluts an Lezithin von 4% vor der Behandlung auf 1,8% nach der Behandlung. Die Arsenophenylglyzinbehandlung scheint den Lezithinstoffwechsel zu beeinflussen. Nicht nur bei manchen der Kranken, bei welchen sich die Wassermannsche Reaktion verlor, sondern auch bei vielen anderen der Behandelten wurde „rasche und auffällige Besserung" gesehen Ob infolge der Behandlung, darüber will Alt noch kein Urteil fällen. Ein mit Arsenophenylglyzin behandelter Epileptiker verlor nicht nur die Wassermannsche Reaktion, sondern auch die Anfälle. — Die Behandlungsversuche werden fortgesetzt.

Dr. Fischer und Dr. Hoppe berichten „über das Verhalten organischer Arsenpräparate im menschlichen Körper".

Atoxyl und Arsazetin werden bei weitem schneller und vollständiger durch den Urin ausgeschieden als Arsenophenylglyzin; letzteres bleibt sechs bis acht Tage im Organismus, Atoxyl wird in zirka drei, Arsazetin in zwei Tagen durch den Urin ausgeschieden. Bei wiederholter Einspritzung von Arsenophenylglyzin tritt im allgemeinen eine Verlangsamung der Arsenausscheidung ein. Arsenophenylglyzin wird in nicht unbeträchtlichen Mengen auch bei einmaliger Darreichung durch den Darm ausgeschieden. Im ausgespülten oder zufällig erbrochenen Mageninhalt wurde Arsen niemals gefunden. Arsenophenylglyzin wird mehr als Atoxyl und Arsazetin durch den Darm ausgeschieden. In einem Falle



fand sich nach der Arsenophenylglyzineinspritzung in dem aus dem Blute hergestellten Lezithin 0,0006 g Arsen, im übrigen Blute nur 0,0002 g. Arsen scheint also eine besondere Avidität zum Lezithin zu haben.

Dr. W. Wittneben hat zusammen mit Dr. W. Beyer (Magdeburg) in Uchtspringe „Untersuchungen über Hemmung der Kobrahämolyse durch das Serum von Geisteskranken und körperlich Kranken" angestellt und die Befunde von Much und Holzmann nachgeprüft (siehe diese Wochenschrift, 1909/10, XI. Jahrgang, pag. 94, 103, 151).

Sie fanden, daß bei Epilepsie und Idiotie die Reaktion noch häufiger vorkommt als bei Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein, und daß sie auch bei körperlich Kranken und, wenn auch seltener, bei Gesunden beobachtet wird, also keine differentialdiagnostische Bedeutung hat.
Bresler.

— **Anstalts-Fürsorge für geistig Minderwertige in Berlin.** Die Deputation für die städtische Irrenpflege hatte unter dem Vorsitz des Geheimrats Straßmann eine Sitzung, in der die Frage der Errichtung einer eigenen Station für geistig Minderwertige erörtert wurde. Es handelt sich dabei um Kranke, deren Ungezogenheiten als Ausfluß einer psychopathischen Störung anzusehen sind. Wo derartige Anzeichen zutage treten, sollten sie nicht dazu führen, die Betreffenden nach Wuhlgarten in die Anstalt für Epileptische oder in eine Irrenanstalt zu bringen; es soll vielmehr laut Beschluß der Deputation eine Fürsorgestation für psychopathisch Minderwertige errichtet werden. Auf Grund der in dieser und mit dieser Station gemachten Erfahrungen soll dann später vielleicht ein eigenes Fürsorgeamt für Personen geschaffen werden.

— **Ehrung Dr. Nonnes in Amerika.** Die Neurologische Abteilung der Versammlung der „American Medical Association", die dieses Jahr in dem Badeorte Atlantic City abgehalten wurde, war durch die Anwesenheit eines europäischen Nervenarztes, des Oberarztes Dr. Max Nonne aus Hamburg besonders geehrt. Dieser war auf Veranlassung von Prof. Sachs aus New York einer Einladung nach Amerika gefolgt, eine Abhandlung über einen sehr wichtigen Zweig der Neurologie der Versammlung vorzutragen und an der Debatte darüber und an anderen Verhandlungen teilzunehmen. Bei einem Bankett, gegeben von der Abteilung, deren Ehrengast Dr. Nonne für diesen Abend war, wurde bei den Tischreden große Anerkennung der deutschen medizinischen Wissenschaft und Dr. Nonnes neurologischen Leistungen gezollt. (Hamburger Nachrichten, 6. 7. 09.)

Referate.

— Dr. Hans Römer, Anstaltsarzt in Illenau. Das Aussageexperiment als psychopathologische Untersuchungsmethode. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten von Professor Sommer-Gießen, 1908, III. Bd., 4. Heft. 51 S.

Vermittels der Methoden von Sommer bezw. Stern-Rodenwaldt untersuchte Verfasser eingehend vier Fälle von Geisteskranken hinsichtlich ihrer Aussage. — Den vier Versuchspersonen wird ein Bild gezeigt, welches sie dann nach Form, Inhalt, Gruppierung, Farben usw. beschreiben müssen. Je nach dem Umfang, der Treue, Geschwindigkeit, Sicherheit usw. der Reproduktion werden Quantität und Qualität der Aussage festgestellt, das Ergebnis mit den Durchschnittsleistungen von Schülern und Erwachsenen prozentualiter verglichen und im einzelnen dargelegt. 1. Der Epileptiker: weiß wenig, aber sicher. 2. Der Degenerierte: ist leicht suggestibel. 3. Der psychogene Schwachsinn faßt schlecht auf und merkt schlecht, ist stark suggestibel, und endlich 4. der Korsakoff: bleibt nach Umfang und Treue seines Wissens für die Hauptstücke hinter den niedrigsten Schülerleistungen zurück. — Durch die so gefundene Übereinstimmung des Aussageexperimentes mit dem sonstigen Untersuchungsbefund ist die Verwertbarkeit des Aussageversuches für die psychopathologische Untersuchungsmethodik dargetan. Zum Schluß empfiehlt Verf., den Versuch in vier bis fünf Wochen zu wiederholen und auf wörtliche Wiedergabe der Verhörsantworten (Stern) mit Notierung des äußeren Verhaltens der Versuchsperson namentlich der physiognomischen Ausdrucksbewegung zu achten, und fügt ein Beispiel einer ausgefüllten und gewerteten Verhörsliste an. Ref. V. Vogel-Großschweidnitz.

— Dr. med. Felix Plaut, wissenschaftlicher Assistent der psychiatr. Universitätsklinik zu München. Die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. Jena, G. Fischer, 1909.

Verf. gewährt uns in der vorliegenden sorgfältigen Arbeit zunächst einen interessanten Überblick über die historische Entwicklung der Wassermannschen Methode, erläutert ihre Erklärungsmöglichkeiten und teilt dann seine reichen Erfahrungen mit der Serodiagnostik der Syphilis auf dem Gebiete der Psychiatrie mit. Bei Syphilis ohne Komplikation von seiten des Zentralnervensystems reagierten 100% der untersuchten Spinalflüssigkeiten negativ. 79% der Sera waren positiv, 21% negativ. Ein großer Teil der negativen Sera gehörte dem latenten tertiären Stadium an. Ein im Primärstadium der Syphilis stehender Kranker reagierte zunächst negativ, nach einigen Wochen positiv.

In der überwiegenden Mehrzahl von Paralysefällen reagierte die Spinalflüssigkeit positiv. Bei den Paralytikern mit positiv reagierender Spinalflüssigkeit reagierte auch das Blut positiv. Fällt die Serumreaktion bei einem Geisteskranken negativ aus, so kann man Paralyse mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen. In Anfangsstadien und auf der Höhe der Paralyse, im Endzustand, bei stürmisch verlaufenden, langsam fortschreitenden und stationären Fällen — immer fiel die Blutserumreaktion positiv aus. Die Intensität der Blutreaktion deckte sich aber in keiner Weise mit einer klinischen Gruppierung der Paralyse. Die positive Reaktion der Spinalflüssigkeit trat schon in den frühesten Stadien der Paralyse auf. Bei der

Differentialdiagnose zwischen Paralyse und anderen Krankheiten, z. B. posttraumatischer Psychose, alkoholischer Geistesstörung, manisch-depressivem Irresein ist die Serodiagnostik von großer Wichtigkeit: reagiert hier das Blutserum negativ, so ist Paralyse auszuschließen. Reagiert es positiv, so muß man die Spinalflüssigkeit untersuchen: fällt die Reaktion hier positiv aus, so spricht das für, fällt sie negativ aus, so spricht das gegen Paralyse — absolut sicher ist die Sache aber noch nicht. Wegen der bekannten klinischen Schwierigkeiten war die Beschaffung des Untersuchungsmaterials für Lues cerebri besonders mühevoll. Hier stellte Verf. fest, daß das Serum in der Regel positiv, die Spinalflüssigkeit dagegen negativ reagiert. Die Reaktion bei Lues cerebri ist also identisch mit der der Syphilis im floriden Stadium ohne Beteiligung des Zentralnervensystems. Auch wenn der Kranke also durch die Serumdiagnostik als Luetiker ermittelt ist, bleibt es schwierig zu entscheiden, ob es sich um irgendwelche Psychose bei einem Luetiker handelt oder ob die psychische Erkrankung durch luetische Veränderungen bedingt ist. Betreffs der Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri und Paralyse ist es immerhin von Wert zu wissen, daß der freilich seltene negative Ausfall der Blutreaktion mehr gegen Paralyse als gegen Lues cerebri spricht, daß positive Reaktion der Spinalflüssigkeit mehr für Paralyse und daß negative Reaktion derselben mehr für Lues cerebri spricht. Seltene Fälle von Lues cerebri haben jedoch positiv reagierende Spinalflüssigkeit. Eine wichtige Rolle kann die Wassermannsche Reaktion bei der Differentialdiagnose spielen zwischen Lues cerebri einerseits und Alkoholhalluzinose, Manie, Epilepsie und arteriosklerotischen Gehirnerkrankungen andererseits.

Auch die Mehrzahl der von Plaut untersuchten Tabiker ließ sich als Luetiker ermitteln. Meist reagierte das Blutserum positiv (79%), sehr oft auch die Spinalflüssigkeit (64%). Es kommt aber bei Tabes jedenfalls vor, daß das Serum negativ reagiert, und die reagierenden Substanzen werden in der Spinalflüssigkeit nicht so häufig angetroffen, wie es bei der Paralyse der Fall ist.

Von besonderem Wert sind auch die Untersuchungen der Schwachsinnsformen auf hereditär syphilitischer Grundlage. Die Wassermannsche Reaktion zeigte die hereditäre Syphilis in gleicher Weise an wie die erworbene, ja die hereditäre Syphilis gelangte sogar vielfach in sehr intensiver Weise zum Ausdruck. Hier sei nur bemerkt, daß die Spinalflüssigkeit in allen Fällen positiv reagierte und ebenfalls das Blutserum.

Bei den Kindern und Frauen der Paralytiker hat Verf. interessante Beobachtungen angestellt, die er unter dem schönen Namen: serologische Familienforschung mitteilt.

Zum Schluß teilt Verf. noch vergleichend serologische und zytologische Untersuchungen mit, die er bei Nichtluetikern, bei Lues ohne Beteiligung des Nervensystems, Paralyse, Tabes und Lues cerebri angestellt hat. Das wichtigste ist hierbei, daß die Spinalflüssigkeit bei beginnender Paralyse zuweilen noch keine Zellvermehrung, wohl aber bereits positive Wassermannsche Reaktion zeigte, daß bei ausgesprochener Paralyse die Spinalflüssigkeit sowohl vermehrte Lymphozytose als positive Wassermannsche Reaktion darbot, daß aber bei Lues cerebri der zytologische Befund in der Regel positiv, die Wassermannsche Reaktion der Spinalflüssigkeit jedoch negativ ausfiel.

Wir sehen aus alledem, wie wichtig es für die Psychiatrie ist, daß sie sich nach wie vor an den Fortschritten der inneren Medizin beteiligt, und wir haben es Plaut sehr zu danken, daß er durch seine fleißigen, exakten und kritischen Untersuchungen die schwierigen Verhältnisse der Serodiagnostik in einer die Psychiatrie und die innere Medizin fördernden Weise wesentlich geklärt hat. G. Ilberg.

Karl Koch, Medizinalpraktikant, und Dr. Werner Schultz, Oberarzt: Aus der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses, Charlottenburg-Westend. **Untersuchungen über Spirosal.** (Therapeutische Monatshefte, Heft 3, 1909.)

Die Verff. behandelten den akuten Gelenkrheumatismus damit, daß sie eine Verbindung der Salizylsäure direkt auf das erkrankte Gelenk applizierten und die Biersche Stauungshyperämie, die unter Umständen Nutzen schafft, mit der perkutanen Spirosal-Applikation kombinierten.

Die erkrankten Gelenke wurden zuerst mit je 5 ccm Spirosalalkohol eingepinselt. Ein stärkeres Einreiben oder Massieren unterließen sie, um klare Versuchsbedingungen zu erhalten, ein gutes Eindringen in die Haut geht auch ohne Massage von statten. Der Alkohol pflegt sehr rasch zu verdunsten, und es bleibt ein öliger Ueberzug auf der Haut. Nach Anlegung einer glatt liegenden Mosetigbinde wird der definitive Verband mit Watte und Flanellbinde hergestellt. Bei kombinierter Behandlung von Spirosaleinpinselung und Stauung wurde die Staubinde vor der Applikation des Spirosals umgelegt. Die Binde blieb durchschnittlich 5 Stunden liegen.

Die Haut des gestauten Gliedes resorbiert das Spirosal gut.

Im allgemeinen war nach einer sehr geringen Anzahl von Einpinselungen der erwünschte Erfolg eingetreten. Ungünstige Nebenerscheinungen bei der Spirosalbehandlung wurden von den Verff. nicht beobachtet.

Das Spirosal entfaltete eine hervorragend schmerzstillende Wirkung, die meist schon nach der ersten Einpinselung eintrat, daneben ein auffallendes Zurückgehen sehr hartnäckiger Gelenkergüsse.

Um das Mittel der allgemeineren Praxis zugänglich zu machen, ist der Preis des Spirosalalkohols von der Firma Friedr. Bayer & Co. auf 1 M. (für Krankenkassen 90 Pf.) pro 30 ccm (signa.: Originalpackung Bayer!) herabgesetzt, so daß sich der Tagesverbrauch bei der Anwendung der relativ großen Menge von 10 ccm Spirosalalkohol auf etwa 30 Pf. stellen würde. Es ist aber nicht nötig, die Einpinselung täglich vorzunehmen; man kann den einmal hergestellten Spirosalverband zwei, auch wohl drei Tage liegen lassen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 19. 31. Juli **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Zum goldenen Doktorjubiläum des Sanitätsrats Dr. Karl Edel. (S. 161.) — Ein Besuch der Epileptikerkolonie Ewell und der Irrenanstalten Long Grove und Hanwell in London. Von Dr. Anton Hockauf, Primararzt in Gugging. (S. 162.) — Mitteilungen (S. 167): Zur Frage der Kobrareaktion). (S. 168.)

Zum goldenen Doktorjubiläum des Sanitätsrats Dr. Karl Edel.

Sein goldenes Doktorjubiläum feierte am 8. Juli ds. Js. in voller geistiger und körperlicher Frische Sanitätsrat Dr. Karl Edel in Charlottenburg, der Leiter und Besitzer einer der größten Privatirrenanstalten, die er vor über 40 Jahren gegründet hat und die weithin bekannt geworden ist. 1837 in Cöslin geboren, studierte er seit 1855 an der Universität Berlin, promovierte unter dem Dekanat des Chirurgen Jüngken und dem Rektorat des Physikers Dove auf Grund seiner Dissertation „de renum morbis" zum Dr. med. Nachdem er 7 Jahre in Stolp praktiziert hatte, bildete er sich unter Griesinger und Westphal zum Psychiater an der Kgl. Charité zu Berlin aus und eröffnete 1869 seine Heilanstalt, die sich im Lauf der Zeit von 20 Betten auf 400 Betten vergrößert hat mit einer jetzt durchschnittlich jährlichen Aufnahme von über 500 Kranken. Die Patienten setzen sich aus ca. 200 Privatkranken und ebensoviel Kranken der Berliner und Charlottenburger Kommunen zusammen. Im Februar ds. Js. blickte Sanitätsrat Edel auf ein 40jähriges Bestehen der Anstalt zurück. Aus diesem Anlaß gab der jetzige Mitleiter derselben, sein Sohn Dr. Max Edel, unter Mitwirkung einer Reihe von namhaften Ärzten, die im Laufe der Zeit an der Anstalt tätig waren oder derselben nahe standen, eine Festschrift mit einem Anstaltsbericht und wissenschaftlichen Beiträgen im Hirschwaldschen Verlag heraus. Sanitätsrat Edel hat sich, abgesehen von seiner Anstaltstätigkeit und wissenschaftlichen Arbeiten, auch den kommunalen Interessen der Stadt Charlottenburg 21 Jahre lang als Stadtverordneter und Stadtrat mit Erfolg gewidmet und als Vorsitzender der Deputation für das städtische Krankenhaus gewirkt.



Ein Besuch der Epileptikerkolonie Ewell und der Irrenanstalten Long Grove und Hanwell in London.

Von Dr *Anton Hockauf*, Primararzt in Gugging.

Da ich erst am 7. Juli 1908 in Leith an Bord der Oceana ging, welche uns nach Island und Spitzbergen brachte, benutzte ich die Zeit vom 29. Juni bis zum Antritt meiner Nordlandsfahrt zu einer Reise nach London und Edinburg, um in London die Epileptiker-Anstalt Ewell und die Anstalten Long Grove und Hanwell zu besuchen und den schottischen Anstalten einen Besuch abzustatten.

In England kommt annähernd ein Epileptiker auf 1000 Bewohner.

In den Irrenanstalten des Londoner County Council werden ungefähr 1600 Epileptiker (sound and unsound minds = gesunde und wahnsinnige) gezählt.

Um diese besser unterzubringen, beschloß das Asylum Comittee im Jahre 1900, eine Arbeiterkolonie (working colony) für diese Kranken zu gründen, und betraute zu dem Zwecke das Subcommittee mit den Vorarbeiten und der Berichterstattung.

Die mangelnde Erkenntnis des Bedürfnisses nach einer speziellen Behandlung der Epileptiker mag wohl der Grund gewesen sein, daß in England bis zur Errichtung der Anstalt Ewell jedes County nur für seine eigenen Wahnsinnigen Vorkehrungen traf. — Deshalb war auch die Zahl der Epileptiker immer zu klein geblieben, um über dieselben auf einer speziellen Basis berichten zu können.

Maßgebend für die Erbauung einer eigenen Anstalt war der bei den Epileptikern stark ausgebildete Geselligkeitstrieb. Es ist bekannt, daß es ihnen nur wenig Schreck und Sorgen bereitet, bei den Anfällen einander beizustehen.

Bekanntlich werden die Chancen des Erfolges bei den heilbaren Formen der Epilepsie durch die koloniale Behandlung der Patienten bedeutend größer.

Die Erfahrung hat gelehrt, daß bei einem gewissen Perzentsatze der an Epilepsie Erkrankten deren geistige Symptome sich periodisch bessern, und daß denselben innerhalb dieser Perioden ein gewisser Grad von Freiheit, bedeutend größer als in den gewöhnlichen Irrenanstalten, gestattet werden kann. Zudem wurde auch erkannt, daß das Leben in der Kolonie mit seiner stetigen Beschäftigung der Patienten, besonders im Freien, den Arbeiten auf dem Felde, eine Methode der Behandlung der Kranken mit sich bringt, welche die besten Chancen eines Erfolges darbietet, wo eine Heilung der Krankheit überhaupt möglich ist.

Aber auch in jenen Fällen, in denen kein Erfolg mehr erwartet werden kann, macht das Leben in der Kolonie die Kranken glücklicher und zufriedener, als es in der häuslichen oder Spitalspflege erreicht werden kann.

Diesen Anforderungen nun entspricht die Epileptikerkolonie zu Ewell in jeder Beziehung.

Als Muster für die Gründung dienten die Anstalten Bielefeld in Deutschland, die Craig Colony im Staate Newyork, die Epileptikerkolonie des Staates Ohio und das Monson-Hospital in Massachussetts in Amerika, welch letztere beiden sowohl die sound als unsound minds Epileptiker aufnehmen.

In England selbst sind die Anstalten Magull bei Liverpool, Meath Home (Godalming) und die Kolonie bei Chalfont St. Peter (Bucks); die letzte ist Eigentum der nationalen Gesellschaft zur Beschäftigung der Epileptiker.

Die Kolonie Ewell liegt eine Meile entfernt von den beiden Epsom-Town-Eisenbahnstationen und von der Ewell-Eisenbahnstation der London and South Western Railway.

Die Kolonie liegt im äußersten Nordosten des 1060 acres*) umfassenden Horton Gutes (Horton Estate), welches im Jahre 1896 vom Londoner County Council für Irrenanstaltsbauten angekauft wurde, und auf welchem das Manor Asylum für 700 Frauen und das Horton Asylum mit 2000 Patienten nebst einer Zentralstation für die Beistellung des elektrischen Stromes und des Wassers für die bereits vorhandenen und neu zu erbauenden Irrenanstalten errichtet sind.

Das für die Anlage der Kolonie bestimmte Areal im Ausmaße von 112 acres wird von dem übrigen Teile des Gutes durch eine öffentliche Straße getrennt.

Angrenzend an diese sind die Gebäude auf dem höchstgelegenen Teile dieses Gebietes errichtet.

Dieselben bestehen im wesentlichen aus einem Administrationsgebäude und acht Villen.

Im Administrationsgebäude befindet sich im Parterre das Ausschußzimmer, der Wartesaal, das Bureau

*) 1 Hektar = 2,471 Acres.



für den Superintendenten, den Leiter der Kolonie, für die Oberpflegerin, für die Beamten und die Hausapotheke.

Im ersten Stocke befinden sich die Wohnungen für den ärztlichen Assistenten der Kolonie und für die Oberpflegerin.

Im östlichen Flügel dieses Gebäudes liegen die Wohnungen für das Dienstpersonal, während im westlichen Flügel des Gebäudes der Aufnahmskrankensaal für die Frauen sich befindet.

Vom Administrationszentralgebäude führt ein Korridor zu einer Gruppe von Baulichkeiten, in welchen sich die Magazine, die Hauptküche, die Erholungs- und Speisesäle befinden.

Auf der anderen Seite des Korridors, direkt gegenüber dem Kesselhause, ist das Waschhaus errichtet.

Die Speise- und Recreationshalle enthält Sitzplätze für 326 Personen, kann also die Gesamtzahl der Kolonisten aufnehmen. Hier versammeln sich alle körperlich rüstigen Kranken zum Mittagessen. Die übrigen Mahlzeiten werden in den verschiedenen Krankensälen eingenommen. Diese Halle kann auch zu einer Kapelle umgestaltet werden.

Angrenzend an den großen Speisesaal, durch einen Servierraum mit geheizten Speiseschränken und Kredenzen mit dem Speisesaal verbunden, befindet sich die Hauptküche (main kitchen), so daß die Speisen rasch und heiß serviert werden können.

An einem Ende der Erholungshalle ist eine Bühne für Unterhaltungen errichtet. — Die Halle wird gut beleuchtet, mittels Heißdampfradiatoren geheizt und auf die modernste Art ventiliert.

Auf dem östlich vom Administrationsgebäude gelegenen Areale von 20 acres oder 8 Hektar 9 ar an Ausmaß sind die acht Villen verteilt, welche nach Bäumen benannt sind: Holly (Stechpalme), Lime (Linde), Elm (Ulme), Pine (Fichte), Chestnut (Kastanie), Hawthorn (Hagedorn), Walnut (Walnuß), Beech (Lärche).

In diesen Villen sind alle Kolonisten untergebracht, bis auf 22 Frauen, welche im westlichen Flügel des Administrationszentralgebäudes im Aufnahmskrankensaal (Infirmary Wing) untergebracht sind.

Jede dieser Villen hat eine südöstliche Lage.

Es führen gut gehaltene Wege zu denselben.

Der übrige Grund ist ausplaniert.

Es sind daselbst Cricket- und Erholungsplätze (cricket and recreationsground) geschaffen worden.

Jede Villa vermag 38 Patienten zu fassen, welche unter die Aufsicht eines daselbst wohnenden Ehepaares gestellt sind.

Das Innere der einzelnen Villen ist groß genug, daß dem einzelnen Individuum das Maximum an Freiheit unter Aufsicht geboten ist.

Die Schlafsäle sind sehr sauber, die Betten und das Bettzeug in bester Ordnung.

Klaviere und ein Billard in den Tagräumen geben den Kranken genügend Gelegenheit zum Spiele und zur Unterhaltung.

Es besteht auch eine kleine Musikbande (Orchester) aus Mitgliedern des Beamtenkörpers und drei oder vier Kolonisten, die bei festlichen Unterhaltungen konzertieren.

Die Veranden und Portale mit Vorhallen dieser Villen wurden sehr geräumig angelegt, so daß die Kolonisten bei jeder Witterung sich im Freien aufhalten können.

Die Beheizung der einzelnen Räume geht von einem im Zentrum derselben befindlichen Doppelofen aus.

Die Ventilation erfolgt mittels Frischlufteinlässen in der Nähe des Fußbodens und Auslässen durch die Decke in den Bodenraum. Das nötige Ansaugen der Luft wird durch die Hitze eines im Dachbodenraume befindlichen Heißwasserreservoirs erzielt, welche durch einen oberhalb desselben angebrachten Schacht ins Freie strömt.

Das Wohngebäude des ärztlichen Leiters der Kolonie (Medical Superintendent) ist bequem in der Nähe des Administrationszentralgebäudes gelegen.

Das Häuschen am Eingangstore der Kolonie wird vom Garten-Verwalter (gardener bailiff) bewohnt.

Das Administrationsgebäude mit seinen Flügeln, der Korridor, die Werkstätten, das Kesselhaus, der Wasserturm und die eine Hälfte der Pavillons sind Ziegelrohbauten mit künstlichen Steinverkleidungen. Die Magazine und die übrigen Pavillons besitzen eine Spritzwurffassade.

Sämtliche Gebäude sind mit Ziegeldächern eingedeckt.

Die Beleuchtung erfolgt durchaus mit Elektrizität.

Sämtliche Gebäude und Villen sind durch Telephone und einen Feueralarmapparat mit dem Zentralgebäude verbunden.

Die Kosten der Gebäude einschließlich Bau, Einrichtung und Betriebsmaterial belaufen sich auf 98000 Pfund = 2352000 K. oder pro Bett ausschließlich der Kosten für Grundankauf auf 300 Pfund = 7200 K.

Die Anstalt wurde am 1. Juli 1903 eröffnet.

Nach dem Irren-Gesetze vom Jahre 1890 (Lunacy Act 1890) kann die Aufnahme eines Patienten nur auf Grund eines von einem Richter der Grafschaftsgerichtshöfe (Judge of County Courts) oder von



einem besoldeten obrigkeitlichen Beamten (Stipendiary Magistrate) oder von einem zu diesem Zwecke speziell ernannten Friedensrichter (Justice of the Peace) ausgestellten Aufnahmsauftrages (Reception Order) erfolgen.

Die hierzu erforderlichen Behelfe sind:

1. Eine Petition (Gesuch) mit Darlegung des Falles (statement), welche womöglich von einem Verwandten des Patienten, der denselben innerhalb 14 Tagen vor Überreichung des Gesuches noch gesehen hat, unterzeichnet ist.

2. Zwei ärztliche Zeugnisse (Two Medical Certificates), auf separaten Bogen, von zwei praktischen Ärzten (medical practitioners) unterfertigt, welche den Patienten nicht länger als 7 Tage vor Überreichung des Gesuches untersucht haben müssen. Ein Zeugnis muß womöglich von dem gewöhnlichen Wärter (usual medical Attendant) des Patienten mit unterfertigt sein.

3. Ein Aufnahmsantrag (Reception Order), von einem Richter des Grafschaftsgerichtshofes (County Court-Judge) oder besoldeten obrigkeitlichen Beamten (Stipendiary Magistrate) oder einem speziell hierzu ernannten Friedensrichter (Justice of the Peace) unterfertigt.

Der Patient kann erst 7 Tage nach Ausstellung des Auftrages aufgenommen werden.

Ist der Patient bereits als wahnsinnig (unsound minds) bezeichnet, so sind die vorgenannten Belege nicht erforderlich, jedoch ist ein Gesuch an die Kommissare in Irrenangelegenheiten (Commissioners in Lunacy) um Ausstellung eines Transferierungsauftrages (Order of Transfer) zu richten.

Patienten unter 16 Jahren werden nicht aufgenommen.

Nachdem die Chancen der Heilung im umgekehrten Verhältnisse zur Dauer der Krankheit stehen, werden nur Fälle aufgenommen von unter zweijähriger Krankheitsdauer.

Als selbstverständlich wird vorausgesetzt, daß der Patient die zur Selbstbeschäftigung — für gewöhnliche Arbeit im Freien, auf dem Felde — notwendige ausreichende körperliche Eignung besitzt.

In dem Falle, als ein Kolonist die demselben übertragene Arbeitsleistung verweigert, werden dessen Angehörige (friends) von der Entlassung desselben aus der Anstalt verständigt, eine Bestimmung, welche streng eingehalten wird.

Eine Bezahlung der Arbeitsleistung an die Kranken ist nicht vorgesehen.

Die Verpflegskosten für die in der Grafschaft London zuständigen armen Patienten betragen 11 s $4^1/_2$ d und für Kranke der Privatliste 18 s 1 d = 21 K 70 h für die Woche; die außerhalb der Grafschaft London zuständigen Patienten zahlen 1,1 Pfund = 25 K 20 h für die Woche.

Die Verpflegskosten der Privatpatienten sind monatlich im vorhinein zu entrichten. — Die erste Zahlung wird vom Tage des Eintrittes an bis zum Letzten des folgenden Monates berechnet und sofort nach der vom Komitee genehmigten Aufnahme nebst einem als Garantiefond dienenden Deposites von 1 Pfund 10 s entrichtet. Alle weiteren Zahlungen sind am ersten eines jeden Monates zu entrichten.

Die Verpflegskosten der Privatkranken decken die Kost, die Wohnung, die Wäsche, den Arzt, die Arzneimittel und alle übrigen Bedarfsartikel — mit Ausnahme der Kleider, deren Erneuerung und Reparatur und anderer, spezieller Luxus-Artikel.

Zur pünktlichen und richtigen Zahlung der Verpflegskosten wird ein von einer oder mehreren verantwortlichen Personen zu unterzeichnender Vertrag abgeschlossen.

Jeder Kolonist muß nach der Aufnahme die in seinem Inventar angegebene passende Bekleidung besitzen. Jeder Artikel muß mit dessen Namen gemerkt sein. Jeder später sich als notwendig erweisende Artikel ist nach Entgegennahme der bezüglichen Verständigung sofort von den Angehörigen beizustellen. Sollte eine derartige Verständigung unbeachtet bleiben, so steht es dem ärztlichen Leiter des Institutes frei, das nötige Requisit auf Rechnung des Sicherstellungsfonds anschaffen zu lassen.

Nur nach Zulassung des Raumes werden die Privatpatienten aufgenommen und in einer besonderen Liste geführt.

In dem Falle des Ablebens oder der Entlassung eines auf der Privatliste befindlichen Patienten wird der Rest der im voraus entrichteten Verpflegskostenbeiträge derjenigen Person rückgezahlt, welche die letzte Zahlung für denselben entrichtet hat.

Von der Leitung der Kolonie wird der Pflege der Häuslichkeit ein hervorragender Platz eingeräumt. Deshalb ist, wie schon erwähnt, jeder Pavillon unter die Obhut eines Ehepaares gestellt, welchem das übrige Pflegepersonal nach Bedarf zur Beihilfe zugeteilt ist.

Kochen, Waschen und Ausbessern von Kleidern, sowie andere häusliche Verrichtungen werden von den weiblichen Kolonisten unter geeigneter Aufsicht besorgt.

Die Behandlung der Kranken steht auf der Höhe der Zeit. Alle Methoden werden angewendet.



Zwangsjacken (mechanical restraints) werden nicht angewendet, wohl aber vorübergehende Abschließungen bei zeitweiligen Erregungszuständen.

Dem Gottesdienst an Sonn- und Feiertagen wohnt die Mehrzahl der Kranken bei, und an gesellschaftlichen Unterhaltungen nehmen gleichfalls die meisten teil.

Die Anstalt hat, wie schon bemerkt, große Erholungsplätze für die Unterhaltung und das Vergnügen der Kranken, Dances im Winter und Cricket und Lawn tennis-Spiele im Sommer.

Neben der Betätigung der Kolonisten im Freien, welche sowohl den Männern als auch den Frauen am zuträglichsten ist, werden die Kranken auch in gewerblichen Arbeiten im Hause und in den Werkstätten unterwiesen.

Gegen 94% der Kranken werden beschäftigt — einige in der Wäscherei, andere in der Schneiderei, Matten- und Korbflechterei, in der Schuhmacherwerkstätte und in der Tuchweberei, in der Nähstube und Strickerei.

Die Hausindustrie, die Landwirtschaft und Handelsgärtnerei in Verbindung mit einer sich allmählich entwickelnden Pflanzschule für Bäume und Sträucher machen erfreuliche Fortschritte.

Dieselben geben nicht nur das ganze Jahr hindurch vollauf Arbeit im Freien, sondern dieses Unternehmen erweist sich auch als lukrativ. Das jährliche Erträgnis der Farm und Gemüsegärten beträgt durchschnittlich 725 Pfund. Das Erträgnis der Farm und der Gemüsegärten deckt nicht nur den Eigenbedarf (38%) der Kolonie, sondern liefert noch 14% in die anderen Anstalten Londons, und für zirka 350 Pfund werden Produkte an Händler verkauft.

Die Kolonie ist erweiterungsfähig, so daß zu erwarten ist, daß bei hinreichender Erweiterung und der dadurch möglichen Vermehrung der Betten des Institutes auch der staatliche Zuschuß zu den Ausgaben für dasselbe relativ geringer werden wird.

In der Anstalt wirken ein Medical-Superintendent (Direktor, der Arzt ist) und ein Assistenzarzt. Es kommt also ein Arzt auf 163 Kranke.

In der Anstalt wirken eine Matrone und 34 Pflegepersonen. Eine Pflegeperson kommt auf zehn Kranke.

Die Ausgänge der Pflegepersonen, welche auf einen je nach der Länge der Dienstzeit zwei- bis dreiwöchigen Urlaub im Jahre Anspruch haben, werden nicht in ein Buch eingetragen.

Im Eingang des Administrationsgebäudes befindet sich ein Schlüsselkasten, in dem für jeden Pfleger ein Schlüssel hängt. Der nach Hause kommende Pfleger entnimmt dem Kasten den Schlüssel, drückt ihn in das Schloß einer Uhr, dreht um und die Zeit seiner Heimkunft ist genau markiert.

So wird dem Pfleger die peinliche Kontrolle durch den Türsteher erspart und doch diese gesichert.

Der Belegraum der Anstalt ist für 266 Männer und 60 Frauen, zusammen 326 Kranke vorgesehen.

Einzelne Pfleglinge werden auf längere oder kürzere Zeit beurlaubt.

Die Durchschnittskosten pro Kopf und Woche betragen 14 s 8 d.

Ich besuchte darauf die große neuerbaute, dicht neben der Epileptikeranstalt Ewell gelegene Irrenanstalt Long Grove, welche im Jahre 1907 fertiggestellt und eröffnet worden war.

Die Kosten der Fundierung und des Oberbaues dieser Anstalt betrugen 393781 Pfund oder 8450744 Kronen.

Die Farm ist gemeinschaftlich mit der nahegelegenen Anstalt Horton.

Die Kanalisierung und die Ableitung der Abwässer ist gut durchgeführt.

In den Pavillons ist das Luft-Heizungs-System eingeführt.

Für die Beleuchtung besteht eine für die Anstalten Ewell, Long Grove, Horton und Manor gemeinsame elektrische Kraftanlage.

Die Wasserleitung ist ebenfalls den Anstalten Long Grove, Manor, Horton und der Epileptikerkolonie Ewell gemeinschaftlich und liefert ein sehr gutes Trinkwasser.

Die Baulichkeiten der Irrenanstalt Long Grove sind auf einem Areal von zirka 8 Hektar halbkreisförmig symmetrisch errichtet, wodurch eine sehr gute Zentralisierung derselben erzielt wurde.

Am Eingange in die Anstalt befindet sich zunächst das Hauptgebäude mit der Loge des Portiers, dem Ausschußzimmer und dem Bureau des ärztlichen Leiters der Anstalt (Med. Superintendent).

Hieran reihen sich, in der Hauptachse gelegen, die Bureaus der Ärzte, des I. Assistant Medical Officer, der Assistant Medical Officers, sowie in einem Flügeltrakte links die Bureaus für die Oberin und deren Stellvertreterin (Matron and Assistant Matron), in einem Flügeltrakte rechts die Bureaus für den Oberwärter (Head Attendant) und für den Inspektor der Anstalt.

Hinter dem Hauptgebäude führt ein halbkreisförmig angelegter Säulengang*) zu den unmittelbar mit dem-

*) Der Säulengang ist aus feuertechnischen Gründen offen geblieben. In der Anstalt Claybury ist der Gang geschlossen und gedeckt und wird als Tagraum benutzt.



selben verbundenen, im Halbkreise liegenden verschiedenen Pavillons, und zwar links in die Frauen-Abteilung und rechts in die Männer-Abteilung: auf beiden Abteilungen ist, in der Flucht dieses Säulenganges gelegen, je ein Besuchsraum für die Besucher der Anstalt vorhanden.

Hinter dem Hauptgebäude und von diesem durch den oben erwähnten Säulengang getrennt liegt in der Hauptachse der Anstalt das Administrationszentralgebäude, in welchem sich zunächst der Festsaal, ferner ein Klubzimmer für die Wärter (Attendants Club Room) und die Anstalts-Hauptküche mit den erforderlichen Dienstträumen und Kohlenmagazinen, sodann rückwärts die Bureaus und Magazine des Verwalters und die Brückenwage befinden.

Links vom Zentralgebäude liegt ein Flügeltrakt für die Wärterinnen mit einem Tagraum, einem Speisesaal und einem Krankensaal, ferner ein Paralleltrakt mit dem Bureau für die Oberpflegerin (Head Nurse) und dem Speisesaale für die Beamten.

Rechts vom Zentralgebäude liegt ein Flügeltrakt für Wärter (Male Attendants) mit einem Tagraum, einem Speisesaal, einem Krankensaal sowie den Speisesälen für die Schreiber und Magazinaufseher.

Links vom Zentralgebäude rückwärts, in der Frauen-Abteilung, liegt das Waschhaus mit einer Näherei, einem Bade und einem Platze zum Trocknen der Wäsche (Drying Ground)*). Im Waschhause werden 120 Patienten (Laundry Patients) beschäftigt.

Hinter dem Waschhause an der Umfassungsmauer liegt das Pflegerinnen-Heim (Nurses Block) sowie eine Fahrradremise (Cycle House).

In der Hauptachse rückwärts, hinter dem Verwaltungsgebäude, liegt die Bäckerei und an der Umfassungsmauer das Mortuarium mit dem Sezierzimmer und einem Laboratorium.

Rechts vom Verwaltungsgebäude in der Männer-Abteilung befindet sich der Arbeiter-Pavillon, welcher 120 Patienten faßt (Chronic and working patients) und ein Bad.

Hinter diesem Pavillon, gegenüber dem Verwaltungsgebäude, befindet sich das Kesselhaus (Boiler House), hinter dem Kesselhause und dem Arbeiter-Pavillon befinden sich diverse Werkstätten, Magazine und gleichfalls eine Fahrradremise.

Die Anstalt faßt im ganzen 1613 Patienten (809 Männer und 804 Frauen), welche sich wie folgt auf die einzelnen Pavillons verteilen.

A. In der Männer-Abteilung.

Pavillon:		Anzahl der Patienten:
Infirmary Ward	1	68
" "	2	100
Acute Ward	1	88
" "	2	90
" "	3	49
Epileptic Ward	1	60
" "	2	60
Chronic Ward	1	54
" "	2	60
" "	3	60
Arbeitende Patienten		120
	Zusammen	809.

B. In der Frauen-Abteilung.

Pavillon:		Anzahl der Patienten:
Infirmary Ward	1	68
" "	2	100
Acute Ward	1	88
" "	2	90
" "	3	98
Epileptic Ward	1	60
" "	2	60
Chronic Ward	1	60
" "	2	60
Laundry Patients (im Waschhaus beschäftigte Arbeiterinnen)		120
	Zusammen	804.

Die einzelnen Pavillons sind in der in den Tabellen ersichtlichen Reihenfolge, und zwar in der Männer-Abteilung rechts vom Hauptgebäude, und in der Frauen-Abteilung links vom Hauptgebäude in je einem Viertelkreise bis zur rückwärtigen Umfassungsmauer der Anstalt aneinander gebaut und münden in den oben erwähnten halbkreisförmigen Säulengang direkt ein, von welchem sie durch einen im rückwärtigen Teile des Hauptgebäudes befindlichen Haupteingang für Besucher der Anstalt zugänglich sind.

Sämtliche Pavillons enthalten Tagräume, Schlafsäle und Zellen.

In den ersten beiden Pavillons (Infirmary Ward 1 und 2) sind auf beiden Abteilungen Veranden angebaut, um den Patienten auch bei schlechter Witterung den Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.

Die Einrichtung der Anstalt ist sehr komfortabel, wie in allen englischen Anstalten.

Die Kranken haben viele Unterhaltungsräume und Spielplätze, Veranden etc.

*) In England werden bei Anlage neuer Anstalten die Trockenkammern der Dampfwäschereien immer mehr verlassen und es wird zum alten Lufttrockensystem zurückgekehrt, ein unleugbarer hygienischer Vorteil, welcher alle Berücksichtigung verdient.



Die Kranken sind nett gekleidet und werden bis 50% der chronisch Kranken zur Arbeit im Freien und in den Werkstätten herangezogen.

Die Kost ist gut und reichlich.

Es besteht kein Überbelag.

Zur Zeit des Besuches war der Gesundheitszustand der Anstalt ein vorzüglicher.

Die Behandlung der Kranken steht auf der Höhe der Zeit.

Es werden alle neueren Behandlungsmethoden in Anwendung gebracht. Ein Arzt kommt auf 230 Kranke.

Das Pflegepersonal ist gut geschult und sehr fähig.

Die Pflegepersonen haben wöchentlich einen freien Tag und je nach der Länge der Dienstzeit 14 bis 28 Tage Urlaub im Jahre.

Am nächsten Tage besuchte ich des historischen Interesses wegen die große Anstalt Hanwell, welche durch das humane Wirken Dr. Conollys in der Mitte des vorigen Jahrhunderts berühmt geworden ist.

Sie wurde 1831 eröffnet und liegt in Hanwell auf einem Hügel in ausgezeichneter Lage.

Ein gut gepflegter Park umgibt die Anstalt, welchen eine Umfassungsmauer nach außen abschließt.

In der alten weitläufigen Anstalt werden fortwährend Verbesserungen in der Ventilation und aus feuertechnischen Gründen angebracht.

Die Anstalt hat viele Unterhaltungsräume und Spielplätze zur Erholung der Kranken.

Die Einrichtung ist zwar alt, aber doch komfortabel.

Wie alle englischen Anstalten besitzt auch Hanwell eine sehr gut betriebene Farm und eigene Milchwirtschaft, die einen Ankauf von Milch von außen unnötig und dadurch eine Einschleppung von Typhus und anderen Infektionskrankheiten auf diesem Wege unmöglich macht.

Die Farm liefert landwirtschaftliche Produkte im Werte von zirka 2000 Pfund im Jahre.

Sie hat eine Schweine- und Geflügelzucht.

Von den 2571 Kranken des Normalbelages sind 1561 Frauen und 1010 Männer.

Auch Privatpatienten werden aufgenommen.

Die Kleidung und Haltung der Kranken waren gut.

Ungefähr 20% der Kranken wohnen dem Gottesdienste und den Unterhaltungen bei.

Die Separierung der Kranken geschieht, wenn notwendig, in den in England gebräuchlichen Polsterzellen.

Gegen 40% der chronisch Kranken werden in der Landwirtschaft und in den Werkstätten beschäftigt. Eine Entlohnung gibt es nicht.

Ein Pfleger kommt auf 9,3 Kranke, 13% dienten unter einem Jahre, 43% länger als fünf Jahre.

Ein Arzt kommt auf 360 Kranke, von welchen aber ein großer Teil chronisch ist. Doch sind die Ärzte nicht mit Schreib- und administrativen Geschäften überbürdet.

Es besteht das ernstliche Streben nach Vermehrung der Ärzte in den Anstalten.

In einem Glasschrank auf der Frauen-Abteilung befinden sich die Beschränkungsmittel, wie sie vor Conollys Zeiten im Gebrauch waren und die mein besonderes Interesse erregten. Es waren zu sehen:

1. Ein Ledergurt mit Tragriemen und Handschellen.

2. und 6. Lederhalskragen.

3. Leibgurt und Manschetten.

4. 5. 7. 8. 9. Fußringe.

10. Lederhandschuhe mit Manschetten für das Gelenk.

11. Leibgurt mit Handschellen.

Ein Bild zeigt einen Patienten des Betlehem Hospitales, Namens William Norris, welcher für die Verletzung eines Apothekers zwölf Jahre in Eisen gelegt wurde.

Am Schlusse meiner Ausführungen ist es mir eine angenehme Pflicht, dem Herrn Sekretär des Asylums Committee H. F. Keene, als auch den Herren Direktoren der Anstalten Ewell, Long-Grove und Hanwell für ihre freundliche Aufnahme und Mühewaltung bei meinem Besuche den gebührenden Dank abzustatten.

Mitteilungen.

— **Zur Frage der Kobrareaktion*).** Aus dem k. k. serotherapeutischen Institut in Wien (Vorstand: Hofrat Professor Haltauf) und der neurologisch-psychiatrischen Klinik in Wien (Vorstand: Hofrat Professor Wagner von Jauregg) veröffentlichen Dr. J. A. Hirschl und Dr. O. Pötzl eine umfangreiche Studie: „Über das Verhalten verschiedener menschlicher Sera und Blutkörperchen bei der Hämolyse durch Kobragift mit besonderer Berücksichtigung der Befunde bei Psychosen" in der „Wiener klinischen

*) Cf. Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift 1909/10, Jahrgang XI, pag. 94, 103, 151, 159.



Wochenschrift"*) vom 8. Juli 1909. Sie kommen zu folgendem Resultat: „Bei einer Anzahl von Fällen hebephrener und katatoner Dementia praecox fanden wir im biologischen Versuche eine erhöhte Resistenz der Erythrozyten, zugleich mit einer stärker hemmenden Kraft des Serums gegen die Hämolyse durch Kobragift. Ob diesem Befunde Spezifizität in irgendeinem Sinne oder klinische Bedeutung zukommt, können wir heute noch nicht beurteilen. Ob er, vielleicht kombiniert mit der Much-Holzmannschen Serumreaktion in der Folge einen Weg weisen wird zur Erforschung der aus klinischen Gründen längst supponierten Blutveränderung bei Dementia praecox, wird durch Fortsetzung dieser Versuche festzustellen sein."

*) Das Original steht Interessenten seitens der Redaktion leihweise zur Verfügung.

Eine weitere Arbeit über dieses Thema liegt vor aus dem Hygienischen Institut in Halle a. S.: „Eine Reaktion im Blute von Geisteskranken". Von Prof. C. Fraenkel, Dr. Kathe und Oberarzt Dr. Bierotte. (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 29, vom 20. Juli 1909.) Sie fassen die Ergebnisse ihrer 92 Serumuntersuchungen in folgender Übersicht zusammen:

Diagnose	Zahl der Fälle	Ausfall der Reaktion +	−
Hebephrenie	1	1	—
Katatonie	4	3	1
Dementia praecox	27	15	12
Zirkuläres Irresein	11	5	6
Epilepsie	6	1	5
Sonstige Psychosen	9	4	5
Andere, nicht psychotische Erkrankungen	26	7	19
Völlig normale (nicht belastete) Personen	8	—	8

Ferner enthält die „Münch. Med. Wochenschrift" vom 27. Juli wieder drei Arbeiten über die Kobrareaktion. 1. Eisner und Kronfeld, Heidelberg („Über den von Much und Holzmann angenommenen Einfluß des Blutserums von Geisteskranken auf die Kobragifthämolyse") kommen zu folgendem Resultat:

Krankheitsgruppe	Zahl der Fälle	Positiv	Negativ
Manisch-depressives Irresein	8	4	4
Dementia praecox	19	11	8
Genuine Epilepsie	8	3	5
Andere Psychosen	18	11	7
Körperliche Erkrankungen	10	3	7
Ganz Normale	2	1	1

Ein bestimmter differentialdiagnostischer Wert ist, wie die Verff. schließen, der Reaktion nicht beizumessen. Die Hemmung der Hämolyse trete zwar bei Geisteskranken im allgemeinen etwas häufiger auf als bei anderen Fällen (dort in 53,7%, hier bei 33,3%); aber für den Einzelfall sei eine diagnostische Verwertung auch dieser Tatsache nicht möglich. Die häufigere Hemmung bei Geisteskranken hänge vielleicht mit irgendwelchen somatischen Veränderungen zusammen, die durch diese Krankheiten gesetzt werden, oder erkläre sich vielleicht „auch durch andere Umstände, welche durch die gleichartigen Lebens- und Ernährungsbedingungen des Krankenmaterials und durch die dauernde Internierung in der geschlossenen Anstalt mit bedingt sind." (Diese letztere Vermutung ist wohl nicht zutreffend. Bresler.)

2. J. H. Schultz (Frankfurt a. M.) („Untersuchungen über die Much-Holzmannsche Psychoreaktion") gibt folgende Aufstellung seiner Resultate:

Diagnose	Zahl der Fälle	Reaktionen positiv	negativ	zweifelhaft
Dementia praecox	28	16	5	7
Zirkulär	8	4	3	1
Paralyse	11	5	1	5
Epilepsie	9	7	2	—
Imbezillität	3	3	—	—
Hysterie	6	3	1	2
Arteriosklerose	3	—	2	1
Verschiedene Nerven- u. Geisteskrankheiten	23	3	10	10
Normale und körperliche Kranke	60	11	35	14
	151	52	59	

Schultz glaubt, daß sich aus seinen Untersuchungen eine differentialdiagnostisch verwertbare Konsequenz nicht ziehen läßt. Er nimmt an, „daß die Fähigkeit der einzelnen Sera, Kobragift zu aktivieren, die Hämolyse zu hemmen oder sie unbeeinflußt zu lassen, von den relativen Mengen der in ihnen enthaltenen Aktivatoren und Hemmungsstoffe abhängt und ganz besonders von der Art ihrer Speicherung." Als Hemmungsstoffe kommen nach Kyes und Sachs die eiweißartigen Komponenten und das Cholestearin in Betracht. (Antagonistisches Verhalten zwischen Cholestearin und Lezithin.) — Die Sera stammten von Geisteskranken aus der Frankfurter Städtischen Irrenanstalt (Professor Sioli).

3. An Münchener Krankenmaterial, dessen Diagnose von Kraepelin selbst fixiert war, kam Plaut („Über die von Much und Holzmann beschriebene Kobragiftreaktion bei Geisteskranken") zu folgendem Ergebnis:

Diagnose	Zahl der Fälle	positiv	negativ
Manisch-depressives Irresein	21	8	13
Dementia praecox	5	1	4
Epilepsie	5	3	2
Paralyse	12	4	8
Chorea	2	0	2
Psychopathie	3	2	1
Hysterie	2	0	2
Alkoholismus chronicus	3	0	3
Alkoholwahnsinn	2	0	2
Alkoholdelirium	1	0	1
Korsakowsche Psychose	1	1	0
Sarkomatose	1	1	0
Organische Gehirnerkrankung (multiple Sklerose)	1	1	0
Myokarditis	1	0	1
	60		

Also keine Bestätigung der Angaben Muchs und Holzmanns, was um so wichtiger ist, als Plaut von Much selbst, der in München weilte, die Details der Hämolyse kennen lernte und mit dem gleichen Giftmaterial wie Much und Holzmann arbeitete. Bresler.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 20. 7. August **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Der Lehrer an der Heil- und Pflegeanstalt. Von Dr. Georg Ilberg. (S. 169.) — Zur Frage der Mißhandlungen. (S. 172.) — Mitteilungen (S. 173): Über therapeutische Erfolge mit Natrium nucleinicum (Böhringer) bei progressiver Paralyse. Über die Kobrareaktion. Über den Alkoholgenuß der Schulkinder. Finnländische Lebensversicherungsgesellschaft Suomi. — Referate (S. 175.) — Personalnachrichten (S. 176.)

Der Lehrer an der Heil- und Pflegeanstalt.

Von Dr. *Georg Ilberg.*

Als ich im Jahre 1893 nach Sonnenstein kam, erfuhr ich, daß hier wie an einer Reihe anderer Königl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalten bereits seit Jahrzehnten ein seminaristisch gebildeter Lehrer angestellt ist, der geeigneten Kranken Elementar- und Turnunterricht erteilt, mit Kranken, Pflegern und Pflegerinnen geistliche und weltliche Musik treibt, sowohl an kirchlichen Feiertagen wie bei Anstaltsfestlichkeiten mit seiner Kapelle auftritt und bei letzteren Gesänge, Spiele, Aufführungen und Tanz vorbereitet und leitet. Je länger ich die Tätigkeit der Lehrer an den Heil- und Pflegeanstalten beobachte, um so mehr habe ich sie schätzen gelernt. Da ich höre, daß man das Wirken dieser Beamten in manchen Gegenden nicht kennt, will ich in folgendem von ihnen berichten.

An der Anstalt Sonnenstein war in früheren Jahren ein besonderer Geistlicher nicht angestellt. Die geistliche Versorgung der evangelischen Anstaltsmitglieder wurde nebenamtlich von den beiden Diakoni des benachbarten Städtchens, die abwechselnd an Sonn- und Feiertagen in der Anstaltskirche predigten, geleistet. Der Anstaltslehrer wirkte bei diesen Gottesdiensten als Organist und Kantor. Auch hielt er auf den Abteilungen der ruhigeren Kranken einige Male in der Woche eine kurze Morgenandacht ab. Zu den Aufgaben des Anstaltslehrers gehörte es, mit geeigneten Patienten Ausflüge in die nähere und fernere Umgebung zu unternehmen; die Auswahl der Kranken erfolgte selbstverständlich nach Besprechung mit den Ärzten, die, wenn nötig, ein oder zwei Pfleger zur Begleitung mitgaben. Der Anstaltslehrer verwaltete die Unterhaltungsbibliothek und regte die Kranken zu geeigneter Lektüre an; mit gebildeten Patienten trieb er Sprachen und Stenographie. Soweit es zweckdienlich war, unterhielt er sich mit den Pflegebefohlenen während der Gartenzeit. Er widmete sich ihnen regelmäßig nach dem Abendessen noch ein bis zwei Stunden im Gesellschaftszimmer der I. und II. Klasse, hier eine Gruppe zum Billard, da eine zum Brett- oder zum Kartenspiel anregend. Genau richtete er sich nach den Weisungen des Direktors. Einmal in der Woche erschien er in der Beratung der Ärzte, wo auch diese oder jene, sein Ressort angehende Angelegenheit besprochen wurde. — Bei der Neuordnung des Pflegerwesens übertrug die Oberbehörde dem hochverdienten, damals schon mehrere Jahrzehnte in Sonnenstein tätigen Anstaltslehrer die außerdienstliche Beratung des gesamten Pflegepersonals. Als später die Anstellung eines besonderen Anstaltsgeistlichen, der nicht nur den Gottesdienst abzuhalten, sondern auch Seelsorge zu treiben hat, erfolgte, wurde der Nachfolger des Lehrers wesentlich entlastet. Dem Geistlichen fielen nunmehr die Morgenandachten zu. Ihm wurde die außerdienstliche Beaufsichtigung des Pflegepersonals übertragen. Der Geistliche hat sich jetzt mit dem Direktor, den Ärzten und dem Oberpflegepersonal in die individuelle Sorge für die Pfleger und Pflegerinnen, die Hilfspfleger und Hilfspflegerinnen zu teilen. Diese Fürsorge betrifft natürlich vorzugsweise das weibliche Personal; sie beschränkt sich, soweit sie dem Geistlichen zusteht, grundsätzlich auf außerdienstliche Verhältnisse und besteht namentlich in der Weiterbildung der jüngeren Pflegerkräfte wie in dem speziellen Interesse für das Wohl und Wehe aller Pfleger und Pflegerinnen in guten und bösen Tagen. Vorsteher des Pflegerheims und des Heimes der Pflegerinnen ist jetzt in den Sächs. Anstalten der Anstaltsgeistliche. Der Anstaltslehrer ist des Pflegerheimvorstehers Vertreter. Die Entlastung des Lehrers hat die Folge gehabt, daß er seine Tätigkeit wesentlich vertiefen konnte.



Sehen wir uns das Arbeitsfeld des Anstaltslehrers, wie es mutatis mutandis in den Königl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalten, z. B. in Großschweidnitz, gegenwärtig gestaltet ist, etwas näher an! Da ist der Anstaltslehrer zunächst beim Kirchendienst beschäftigt. Er spielt die Orgel, dirigiert den Kirchenchor und leitet den Gesang bei kirchlichen Festlichkeiten, Begräbnissen u. dergl. Im Kirchenchor wie im weltlichen Chor sind Pfleger und Pflegerinnen, einige geeignete Kranke und zahlreiche Beamte mit ihren Frauen — inklusive musikalischer Ärzte — aktiv. Es wird nicht nur Vokal-, sondern auch instrumentale Musik (Blas- und Streichmusik) getrieben. Im Festsaal der Anstalt finden im Winter Musik- und andere Aufführungen statt. Konzerte, Theater, Tanz, Kostümfest u. dergl. inszeniert unter Oberaufsicht des Anstaltsdirektors der Lehrer. Zu Deklamationen, Duetts, Quartetts und drastischen Einaktern zieht er geeignete Kräfte aus der Beamten- und Pflegergemeinde und gelegentlich auch aus der Zahl der Patienten heran. Künstler und Dilettanten aus der Umgegend wirken bei uns gern mit; Vorlesungen von Gedichten in oberlausitzer Mundart machen den aus der Lausitz stammenden Kranken besonderen Spaß. Im Sommer führt der Lehrer an schönen Abenden allmonatlich eine Platzmusik aus. An Königs und Kaisers Geburtstag zieht er schon am frühen Morgen mit seiner Kapelle zur Reveille durch die Anstalt. Das Gartenfest belebt er durch Arrangement von Spielen und Adlerschießen; Rutschbahn und Würfelbuden fehlen nicht. Mit einer Anzahl weiblicher Kranker und Schwestern hat unser Anstaltslehrer höchst anmutige Reigen und Quadrillen eingeübt, seine Kapelle besorgt die Tanzmusik bei den Anstaltsbällen; Teile von Operetten hat er mehrmals mit vortrefflichem Erfolg aufgeführt. Die Sächs. Anstaltsdirektionen unterstützen die Bestrebungen der Lehrer in zielbewußter Weise nach jeder Richtung. Unterbrechen doch die größeren wie die kleineren Feste den eintönigen Anstaltsbetrieb aufs angenehmste. Die Feste, bei denen eine einfache Bewirtung für die Kranken stattfindet, sind hier wie in vielen anderen Heil- und Pflegeanstalten so hübsch, daß jeder Beamte mit den Seinen freudig daran teilnimmt. Es hebt die Kranken, wenn ihre Ärzte mit ihren Frauen zu ihren Festen erscheinen. Und die jungen Ärzte und Ärztefrauen amüsieren sich selbst vorzüglich dabei. Auch die Angehörigen der Kranken dürfen eventuell teilnehmen; Freunde der Anstalt oder Personen, von deren Einfluß das Irrenwesen Nutzen ziehen kann, werden von der Direktion eingeladen. Wir schlagen den Nutzen aller solcher Feste für die gesamte Anstalt nicht gering an. Wirkt doch jede künstlerische Betätigung dem unerfreulichen Anstaltsklatsch entgegen, der namentlich in den einsam gelegenen Ortschaften seine Blüten treibt. Die regelmäßigen Übungsstunden und gelegentliche Ausflüge der Kapelle fördern den Zusammenhalt. Manches Unbefriedigtsein, manche Verstimmung, wie sie der Aufenthalt und der Dienst in der Anstalt für Pflegepersonal und Beamtenschaft mit sich bringt, wird durch alle solche Ablenkungen beseitigt. Auf die Persönlichkeit des Anstaltslehrers kommt natürlich sehr viel an. Ist hier der rechte Mann am rechten Platz, so kann er namentlich durch die Pflege der Musik sehr viel Nutzen bringen. Gar oft sieht man es auch in der Irrenanstalt: Es schwinden jedes Kummers Falten, solang' des Liedes Zauber walten. Unbedingt ist es erforderlich, daß der Anstaltslehrer über eine allseitige musikalische Befähigung für Gesang, Klavier, Orgel, Streich- und Blasinstrumente verfügt.

Vor allem ist es natürlich für das kranke Gemüt unserer Patienten gut, wenn sie sich an den Festen beteiligen. Auch ihr Wille wird dadurch nicht selten gekräftigt, daß sie wissen, sie dürfen mit, wenn sie sich nach Kräften angemessen benehmen. Bei Hysterischen wirken derartige Aussichten oft genug anfallverhütend. Auch die Verstandestätigkeit wird durch festliche Veranstaltungen günstig beeinflußt. — Aber nicht nur hierdurch bemüht man sich, dem geistigen Verfall nach Möglichkeit vorzubeugen. Noch auf andere Weise sucht man das Denken in Übung zu halten, das geistige Kapital nach Möglichkeit zu erhalten, sucht man es zu verhüten, daß immer mehr Vorstellungen ins Meer der Vergessenheit versinken. So bestrebt sich in Großschweidnitz der Anstaltslehrer durch kurze Vorträge über alle aktuellen und vergangenen Ereignisse die Aufmerksamkeit anzuspannen, das infolge der Krankheit matte Interesse an der Außenwelt anzuregen. Nach dem Abendessen werden die vom Arzt bestimmten Patienten und Patientinnen des öfteren zu solchen Vorträgen in das Lehrzimmer geführt. Und nicht nur Vorträge werden gehalten, auch Gedichte, Erzählungen und Humoristika werden vorgelesen, Lichtbilderdemonstrationen und dergl. finden statt. Auf den ruhigen Abteilungen tritt der Lehrer mit den Kranken selbst in Verbindung, um ihnen geeignete Lektüre zuzuführen. Auf den Stationen der schwer Kranken geschieht dies durch Vermittlung des Pflegepersonals unter Aufsicht der Ärzte. Die Unterhaltungsbibliothek hat der Lehrer in Ordnung zu halten; Neuanschaffungen bereitet er vor. Ein neues Buch darf der Bibliothek aus guten Gründen nur einverleibt werden, wenn die Anstaltsobrigkeit zu-

stimmt. Vielleicht wäre es ersprießlich, auch ein Lesezimmer einzurichten in einem gemütlichen Raum, in dem Zeitungen und illustrierte Werke eingesehen werden können und zu dem der Zugang leicht möglich ist. Den unruhigen Elementen werden alte Zeitungen, Hefte der „Woche" aus früheren Jahrgängen und dergl. gesandt. In hiesiger Gegend stiften der Anstalt wohlgesinnte Leute seit Jahren gern, was sie an Büchern oder Zeitschriften nicht mehr brauchen. Wertlosere Sachen hiervon werden auf den Abteilungen der Unruhigen bald aufgebraucht, bereiten aber hier noch manche Freude.

In einzelnen Anstalten erteilt der Lehrer auch Elementarunterricht. Dies empfiehlt sich namentlich da, wo Kinder und Jugendliche behandelt werden. Lesen, Schreiben, Rechnen, Geographie und Naturlehre werden hier geübt. Für Erwachsene eignet sich natürlich zu Unterrichtszwecken mehr das Lehrgebiet der Fortbildungsschule. Art und Weise des Unterrichts richtet sich bei Geisteskranken — natürlich den veränderten individuellen Verhältnissen entsprechend — ganz nach den pädagogischen Grundsätzen der Schule. Vom Leichten geht man zum Schweren, vom Kleinen zum Großen, vom Nahen zum Fernen. Jedenfalls ist es nötig, daß der Lehrer, ehe er an einer Heil- und Pflegeanstalt angestellt wird, vorher praktisch im Schuldienst ausgebildet ist. In der Irrenanstalt muß der Lehrer wie jeder andere Beamte viel, sehr viel Geduld anwenden; ungeahnte Schwierigkeiten stellen sich auch ihm entgegen. Nur wer seinen Beruf von idealen Gesichtspunkten aufzufassen fähig ist, kann als Anstaltslehrer nutzbringend wirken. Dann kann er sich aber eine sehr angesehene Stellung erwerben, kann viel zum Wohlbefinden der Kranken beitragen und sich ihre Liebe wie die Achtung seiner Mitbeamten in besonderem Grade erwerben.

Großen Anklang hat, wie ich höre, z. B. in Untergöltzsch, der Handfertigkeitsunterricht gefunden. Zu den gewöhnlichen weiblichen Handarbeiten werden die weiblichen Kranken natürlich am besten von ihren Pflegerinnen angehalten. Auch sind letztere wohl am geeignetsten für die Anleitung zum Turnen auf der Frauenabteilung; auf der Männerabteilung kann der Lehrer die Turnstunde geben, muß aber hierbei, wie überhaupt überall, den ärztlichen Wünschen ausgiebig Rechnung tragen. In großen Anstalten dürfte die Gewinnung einer Anstaltslehrerin, die neben dem Anstaltslehrer wirken könnte, zu erwägen sein.

Daß der Lehrer regelmäßige Spaziergänge außerhalb der Anstalt nach Übereinkunft mit den Ärzten leitet, wurde schon erwähnt. Hier und da wird bei solchen Gelegenheiten Einkehr in ein geeignetes Gasthaus gehalten; ein Spielchen, ein Tänzchen wird arrangiert. Im Winter wird gelegentlich einmal eine Schlittenpartie, im Sommer eine Wagenausfahrt veranstaltet. Die Direktion ist oft in der Lage, die Mittel bereit zu stellen, um auch unbemittelten Patienten ein solches Vergnügen zu bereiten, wenn sie im Interesse der Anstalt arbeiten oder wenn der Verkehr in der Außenwelt ihre Genesung fördert. Bei schlechtem Wetter wird statt des Spaziergangs von den Männern wohl auch einmal der Anstaltskegelschub besucht, während es die Frauen und Mädchen dann vorziehen, im Festsaal bei Kaffee und Kuchen zu singen, zu spielen und zu tanzen. Wohlhabenden Patienten gehörige Instrumente wie Symphonion und Grammophon tragen dann zur Unterhaltung bei.

Die Lehrer an den sächsischen Heil- und Pflegeanstalten werden vom Königlichen Ministerium des Innern angestellt. Sie sind, soweit sie das 25. Lebensjahr erreicht haben, Beamte mit Staatsdienereigenschaft, haben also im Alter oder nach mindestens zehnjähriger Dienstzeit im Fall dauernder Erkrankung Anspruch auf Pension. Ihr Jahresgehalt beginnt zurzeit mit 2400 M. und rückt in zweijährigen Pausen bis zu 4200 M. auf. Werden sie in eine höhere Gruppe versetzt, so bewegt sich ihr jährliches Einkommen zurzeit von 4200 bis zu 5100 M. Auch Wohnungsgeldzuschuß wird gewährt. Besonders verdiente Lehrer können durch den Titel Oberlehrer ausgezeichnet werden. Es sind gegenwärtig sieben Lehrer an den Königl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke tätig.

Würdigt man die Pathologie der Geisteskrankheiten, so wird man sich von einer Überschätzung der Erfolge pädagogischer Tätigkeit bei unseren Kranken frei halten. Wird der Lehrer an der Heil- und Pflegeanstalt aber richtig geleitet und läßt er sich nach irrenärztlichen Gesichtspunkten führen, so kann er bei bestimmten Krankheiten sehr wertvolle psychotherapeutische Dienste leisten. Es bleibt der Zukunft vorbehalten, sein Wirken bei den verschiedenen Seelenstörungen systematisch auszubilden, wie dies bei der Erziehung Schwachsinniger ja bereits in präziser Weise geschehen ist.

Zur Frage der Misshandlungen.

Sehr geehrter Herr Kollege!

In Nr. 16 Ihrer geschätzten Wochenschrift haben Sie sich mit einer Notiz von mir beschäftigt, die darauf hinwies, daß die Gefahr der Krankenmißhandlungen in den „großen modernen Riesenanstalten" eine größere ist als in kleineren Anstalten, weil in den ersteren eine Individualisierung nicht mehr durchgeführt werden kann und der persönliche Einfluß des dirigierenden Arztes nicht mehr zur Geltung kommt.

Sie führen aus, „daß es jeder tatsächlichen Grundlage entbehrt, in dieser Richtung eine Unterscheidung zwischen großen und kleinen Anstalten machen zu wollen". Sie bringen zum Beweis dafür eine Zusammenstellung von Notizen über Krankenmißhandlungen, die den Jahresberichten kleinerer (von 400 bis 900 Kranke zählender) Anstalten entnommen sind.

Nach meinem Dafürhalten ist damit ein objektiver Beweis für die Unrichtigkeit meiner Annahme nicht geliefert. Denn zugegeben, daß in kleineren Anstalten auch Mißhandlungen vorkommen, müßte doch erst noch statistisch erwiesen werden, daß solche in den großen Riesenanstalten seltener sind oder ganz fehlen.

So spricht die Tatsache, daß Sie in den Jahresberichten einiger kleinerer Anstalten Entlassung von Pflegern wegen Krankenmißhandlungen als ein erwähnenswertes Ereignis angegeben finden, eher für meine Behauptung, wenigstens dafür, daß in diesen Anstalten eine gute Kontrolle des Personals stattfand und daß die pflichtvergessenen Pfleger entlassen wurden, ehe sie sich zu schweren unheilvollen Vergehen hinreißen ließen.

Ich glaube auch nicht, daß durch eine vollständigere Statistik als die Ihrige sich unsere Streitfrage entscheiden ließe; dazu sind die Anstaltsberichte — eine alte Klage — zu wenig einheitlich abgefaßt und es besteht auch nicht überall die Neigung, derartige unliebsame Vorkommnisse im amtlichen Bericht zu verewigen. Und ferner ist es eben Sache der besonders guten Kontrolle, möglichst alle solche Vorkommnisse aufzudecken. Wenn keine berichtet werden, beweist das noch nicht, daß keine vorkommen.

Einen statistischen Beweis zu erbringen, wo solche Mißhandlungen seltener sind, in kleineren oder größeren Anstalten, halte ich deshalb nicht für möglich. Und ich muß meine Behauptung aufrecht erhalten, daß die Auswahl, Kontrolle und Erziehung des Pflegepersonals leichter durchzuführen ist in kleineren Anstalten, in denen der nach außen verantwortliche Leiter auch alle Einzelheiten des Betriebs selbst übersehen und kennen lernen kann.

Was unter kleinen und großen Anstalten in diesem Sinne zu verstehen ist, kann man ja nicht nur zahlenmäßig feststellen; dabei spielt doch auch die persönliche Befähigung des Leiters eine große Rolle. Aber ein auf der Höhe seiner Aufgabe stehender Anstaltsleiter, der seine Kräfte nicht zu sehr in anderen Tätigkeiten zersplittert, wird im allgemeinen eine Anstalt bis zu 800 Kranken noch in diesem Sinne persönlich dirigieren können, während dies bei den Anstalten über 1000 Kranke kaum mehr möglich ist.

Das mehr oder weniger gewalttätige Verhalten der Kranken in einer Anstalt hängt zweifellos nicht mit der Größe der Anstalt, sondern mit ganz anderen Momenten: Aufnahmebezirke, Charakter der Bevölkerung, Auslese usw. zusammen. Meine Äußerungen bezogen sich auch nicht darauf, sondern auf die Fähigkeit des Personals, mit diesen insozialen Kranken zu verkehren.

Ohne hier die ganze Frage der großen und kleinen Anstalten aufzurollen, möchte ich doch bei dieser Gelegenheit auch daran erinnern, daß neben der Kontrolle und Erziehung des Personals auch noch andere ärztliche Aufgaben in der Riesenanstalt notleiden. Denn die Behandlung der Kranken nach gewissen einheitlichen Gesichtspunkten soll doch der bestimmen, der die Anstalt nach außen vertritt und für alles, was in ihr vorgeht, verantwortlich zeichnet. Und nur dann kommt es dem Kranken wirklich zugute, wenn der Direktor der Anstalt ein Fachmann von großer praktischer Erfahrung und wissenschaftlicher Bedeutung ist; das sollte doch der, den man zum Leiter einer so großen Anstalt wählt, sein. Wenn aber der Direktor, wie es jetzt vielfach gewünscht wird und wie es an den großen Anstalten auch gar nicht anders möglich ist, sich auf die Rolle des Verwaltungschefs und im besten Fall des Konsilarius beschränken soll, dann kommen gerade seine besten ärztlichen Eigenschaften nur zum geringsten Teil den Kranken zugute: dann treibt jeder Oberarzt oder Abteilungsarzt Diagnostik und Therapie auf eigene Faust, und von einer Einheitlichkeit dieser Gesichtspunkte, die doch der einzelnen Anstalt einen besonderen Stempel aufdrücken soll, ist keine Rede mehr.



Daß auch in Beziehung auf die wirtschaftliche Rentabilität der Ausdehnung der Anstaltsgröße eine obere Grenze gesetzt ist, hat Alt längst ausgeführt.

Zum Schluß noch eine mehr persönliche Bemerkung. Den Anlaß zu meinem Artikel im „Hannoverschen Kurier" vom 14. Juni 1909 gab nicht etwa der in der Anstalt Steinhof vorgekommene Fall von Krankenmißhandlung selbst, sondern seine Darstellung im „Berliner Lokalanzeiger" und namentlich der Satz, daß auch in der Anstalt Buch .. „die Wärter zu ihrem Schutz mit Peitschen ausgerüstet seien". Wie ich aus Ihrer Notiz in Ihrer Wochenschrift vom 19. Juni d. Js. ersehen habe, haben Sie den gleichen Artikel im „Tag" gelesen.

Um so mehr Grund für uns, derartigen Anschauungen entgegen zu treten, und zwar nicht nur in der Fachpresse, sondern in der politischen Presse. Ich habe den Hannoverschen Kurier gewählt, weil mir dieser eher zugängiger ist als die Berliner Zeitungen und weil er, wenigstens in Nordwestdeutschland, eine weite Verbreitung hat. Mir würde es zweckmäßig erscheinen, wenn bei solchen Vorkommnissen dies Verfahren öfter geübt würde, daß von mehreren Seiten die jedem zugängige Presse aufgeklärt wird. Dabei schienen mir einige allgemeine Bemerkungen zweckmäßig, die natürlich einfach gehalten sein mußten. So erklärt sich die Bemerkung: „Wir müssen uns hüten, alles Heil für die Irrenpflege in den Riesenanstalten zu erblicken." Ich gebe ohne weiteres die Richtigkeit Ihrer Feststellung zu, „daß bisher niemand alles Heil darin erblickt hat." Aber man ist auf dem besten Weg dazu, dies zu tun, wie das Vorgehen vieler Verwaltungen zeigt, die sich durch den Bau von Riesenanstalten für längere Zeit ihrer Verpflichtungen gegen die Irrenfürsorge entledigen wollen. Und da ist eine Warnung schon am Platze.

Wer auf dem Standpunkt steht, daß dieser Weg kein Heil für die Irrenpflege bedeutet, der darf sich eine solche Gelegenheit nicht entgehen lassen, die Aufmerksamkeit des Publikums, aus dem sich schließlich auch unsere Abgeordneten zusammensetzen, darauf zu lenken.

In vorzüglicher Hochachtung
Ihr ergebener
Professor Weber.

Herr Prof. Weber sagt: „zugegeben, daß in kleineren Anstalten auch Mißhandlungen vorkommen, müßte doch erst noch statistisch erwiesen werden, daß solche in den großen Riesenanstalten seltener sind oder ganz fehlen." Das letztere habe ich gar nicht behauptet; ich habe mit meiner Aufstellung nur gezeigt, daß es nicht angängig ist, „in dieser Richtung einen Unterschied zwischen großen und kleinen Anstalten zu machen".

Ich habe doch wenigstens versucht, etwas tatsächliches Material zusammenzustellen. Für die andersgerichtete Behauptung — daß die Gefahr der Krankenmißhandlungen in den großen Anstalten erheblicher ist als in den kleineren — ist nicht einmal der Versuch tatsächlicher Beweisführung angetreten, nach deren Ergebnis ich eventuell gern meine obige Meinung ändern werde.

Es muß den Herren Kollegen an den großen Anstalten überlassen bleiben, zu dieser Frage auf Grund ihrer Erfahrungen Stellung zu nehmen, zumal im Hinblick auf die weiteren Bemerkungen des H. Prof. Weber, für welche die Ausführungen des H. Direktors Prof. Dr. Weygandt (in Nr. 16 dieser Wochenschrift) gegenständlich sind. Den von H. Prof. Weber bezeichneten Bedenken gegenüber der statistischen Unzulänglichkeit der Anstalts-Berichte in diesem Punkte habe ich ja selbst auch in meinem Artikel in Nr. 16 Ausdruck gegeben. Doch ist sie nicht eine solche, daß man deshalb auf das Material von vornherein ganz verzichten darf.

Dr. Bresler.

Mitteilungen.

— **Über therapeutische Erfolge mit Natrium nucleinicum (Böhringer) bei progressiver Paralyse** veröffentlicht Dr. Oskar Fischer, Privatdozent an der deutschen psychiatrischen Universitätsklinik in Prag, in der „Prager medizinischen Wochenschrift" vom 22. Juli d. Js. eine hochbedeutsame Mitteilung. Seit 1907 hat er bei Paralytikern Heilversuche damit gemacht, daß er mittels regelmäßiger Injektionen von Natrium nucleinicum (Böhringer) Hyperleukozytose hervorrief. Er injizierte es „zunächst in größeren Dosen, später in Dosen zu je $^1/_2$ g in 10% Lösung jeden dritten bis fünften Tag subkutan". „Sehr bald nach der Injektion tritt schon eine stärkere Leukozytose von 16000 bis 25000 ein, die durch drei Tage anhält. Die ersten Injektionen verursachten gewöhnlich eine stärkere Schwellung des injizierten Gliedes, was bei den späteren Injektionen allmählich abnimmt. Es wurden bis 32 Injektionen an einem Kranken gemacht, ohne daß je eine nachteilige Wirkung sich gezeigt hätte."

Bisher wurden 22 Fälle von progressiver Paralyse mit klinisch einwandfreier Diagnose und positiver zerebrospinaler Pleozytose mit Injektionen von Natrium nucleinicum behandelt. Es wurde immer abwechselnd je ein zur Aufnahme gekommener Fall von Paralyse zur Injektion bestimmt, der nächste als Kontrollfall betrachtet. Das Ergebnis bei den 22 behandelten Fällen war folgendes:

bei vier Kranken allgemeine Remission, „zwei davon — expansive Krankheitsformen — beruhigten sich und gingen



psychisch gesund nach Hause; der eine befindet sich jetzt in leicht manischem Zustande bereits beinahe zwei Jahre in häuslicher Pflege, der andere ist neun Monate zu Hause, führt sich ganz korrekt auf, ist wieder in seinem Geschäft tätig, nur . . kann er nicht mehr so gut rechnen wie früher". Von den zwei anderen — einfach demente Form — kam der eine in weit vorgeschrittener Verblödung zur Beobachtung; er änderte sich in drei Monaten so, daß er in ganz geordnetem Zustande nach Hause entlassen werden konnte; nach vier Monaten kam er in verschlechtertem Zustande zurück in die Klinik. Der vierte Fall besserte sich in somatischer und psychischer Beziehung und befindet sich noch im einfachen dement-paralytischen Zustand in der Anstalt. Vier Kranke starben.

Die übrigen 14 leben noch ohne wesentliche Veränderung der Erkrankung.

Bei den 22 Kontrollfällen keine Remission; bis jetzt acht Todesfälle.

Fischer will aus diesen Beobachtungen noch keine Schlüsse ziehen, glaubt aber, daß die Resultate kaum als Zufall gedeutet werden können. Die Behandlung mit Nukleininjektionen wird an der genannten Klinik fortgesetzt.

Fischer hält es für erwünscht, daß andernorts ähnliche Versuche angestellt werden, die sehr einfach und vollkommen unschädlich seien. Er hat auch eine Anzahl Paralysefälle mit Lezithin behandelt; „doch zeigte sich der Verlauf der Lezithinfälle in keiner Weise verschieden von dem der Kontrollfälle."

Fischer erinnert daran, daß Mikulicz 1904 entsprechend Metschnikoffs bekannter Theorie vorgeschlagen hat, vor größeren Laparotomien durch Nukleininjektionen Blutleukozytose und damit Erhöhung der Resistenzkraft des Peritoneums gegen entzündungserregende Mikroorganismen zu bewirken, und daß nach seinem Materiale und dem von Renner und Hannes die Gefahr einer Peritonitis wesentlich vermindert wurde, und daß Stern 1907 sekundärsyphilitische Erscheinungen nach Nukleininjektionen genau so zurückgehen sah wie nach Quecksilberbehandlung.

(Anmerkung: Vergl. auch Chantemesse und Kahn-Paris: Prophylaxe und Behandlung der Infektion des Peritoneums mittelst Nukleins, in Wien. klin.-therapeut. Wochenschrift, 1907, Nr. 25. (Erfolge bei peritonitischer Reizung im Verlauf von Typhus.) — Nach H. Steudel ist Nukleinsäure eine Tetrametaphosphorsäure, die jedem Phosphoratom entsprechend eine Kohlehydratgruppe besitzt (also Tetraglykotetrametaphosphorsäure), an welche je eins der stickstoffhaltigen Spaltungsprodukte (Purinbasen, Pyrimidinderivate [Guanin, Adenin, Thymin, Zytosin]) gebunden ist (VII. Internationaler Physiologenkongreß, 1907). — Zu vergleichen ist ferner Minkowskis Theorie von der Paarung der Harnsäure mit der Nukleinsäure im Blut und in den Gewebssäften und von dem Einfluß dieser Verbindung auf das Schicksal der Harnsäure im Organismus.
Bresler.)

— **Über die Kobrareaktion** *) bringt die dieswöchige Nummer der „Münchener mediz. Wochenschrift" (vom 3. August) eine neue Arbeit und zwar aus der Kölner Akademie für praktische Medizin, Psychiatrische Klinik (Prof. Aschaffenburg), von Dr. W. Geißler. Das Serum stammt von Geisteskranken (über 500) aus der genannten Klinik und aus den Prov.-Anstalten Lindental, Johannistal und Grafenberg. Nach dem Ergebnis scheint die Much-Holzmannsche Reaktion wohl in 100% der psychiatrischerseits diagnostizierten Fälle von Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein vorzukommen, vorausgesetzt technisches Vertrautsein mit der Methode und richtige Zeit der Entnahme des Serums. „Auf der Höhe der manischen oder depressiven Phase ist sie für das manisch-depressive (zirkuläre) Irresein pathognostisch, im Intervall und auch beim Abklingen der oben erwähnten Stadien fällt sie meist negativ aus." „Für Dementia praecox ist es ebenfalls notwendig, zur Entnahme die Zeit stärkerer Erregung oder Depression abzuwarten." „Stupor gibt unsichere, schwankende Resultate, gemütliche Gleichgültigkeit sowie die Endausgänge lassen das Resultat zweifelhaft oder negativ erscheinen." „Die Kobrareaktion läßt sich nach den bisherigen Erfahrungen zur Epilepsie im Sinne Muchs zurzeit nicht verwerten." Das Gleiche gilt bezüglich Erblichkeit und Feststellung der familiären Veranlagung. „Außer den geschilderten Psychosen geben scheinbar auch andere und zwar körperliche Krankheiten dieselbe Reaktion" . . . „Für die Verwendung der Reaktion in der Praxis (analog Wassermann, opsonischer Index usw.) ist zurzeit noch die größte Vorsicht am Platze." „Eine Differenzierung der Dementia praecox vom manisch-depressiven Irresein ist durch die Muchsche Reaktion in ihrer jetzigen Beschaffenheit nicht möglich." — Geißler schließt einen vorläufigen Bericht an über eine andere **biologische Reaktion im Blute der genannten Psychosen.** „Durch Vorbehandlung mit dem Serum eines Dementia praecox-Kranken habe ich ein Antiserum gewonnen, welches nicht nur mit dem spezifischen Antigenserum intensivere und in höherer Verdünnung noch positive Präzipitatbildung gab als mit anderen Seris (Tabes, Epilepsie, innere Erkrankungen und vor allem manisch-depressives Irresein), sondern welches auch mit den Seris anderer Dementia praecox-Kranker diese Reaktion zeigte." Geißler will in Kürze Ausführlicheres veröffentlichen.

Bresler.

*) Cf. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1909/10, Jahrgang XI, pag. 94, 103, 151, 159, 167.

— **Über den Alkoholgenuss der Schulkinder** enthält der unlängst erschienene Medizinalbericht von Württemberg für 1907 eine lehrreiche Erhebung, welche der Oberamtsarzt in Rottenburg im Einverständnis mit den Bezirksschulinspektoren beider Konfessionen in seinem Oberamt angestellt hat. Sie erstreckte sich auf 68 Schulklassen mit 4240 Schulkindern. Von diesen hatten 4178 oder 98% schon Alkoholika genossen. „Most" haben hauptsächlich getrunken 85%, Bier 15%. Täglich trinken ein geistiges Getränk nicht weniger als 3010 oder nahezu $^3/_4$ der Kinder, und zwar trinken täglich $^1/_2$ Liter oder mehr 549 Kinder oder 12,9%. Schon morgens vor Schulbeginn bekommen solche Getränke 44 Kinder. Von 10 Schülern wurde 1 Liter und von einem sogar $1^1/_2$ Liter täglich getrunken (!). Was den Branntweingenuß betrifft, nach dem der umfragende Arzt gar nicht fragte, im Glauben, ein derartiger Mißbrauch wäre etwas Unerhörtes, schrieb ein Lehrer, von seinen 71 Schülern im Alter von 7—9 Jahren hätten 21 schon Schnaps getrunken; ein anderer: „Auf Befragen, wer schon Branntwein getrunken, streckten alle die Finger in die Höhe": ein dritter: „In S.

gibt es kein Kind zwischen 7 und 14 Jahren, das nicht schon längstens etwas Schnaps verkostet hätte." Häufig tritt auch an Stelle des warmen Mittagessens kalte Kost mit Bier oder „Most". Medizinalrat Scheef schließt seinen Bericht mit folgenden beherzigenswerten Ausführungen: „So haben die angestellten Nachforschungen, wenn sie auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit und absolute Zuverlässigkeit machen können, uns manche unerwartete und unerfreuliche Aufklärung gebracht und grelle Streiflichter auf die verkehrten Sitten und Gedankenlosigkeit unseres Volkes geworfen. In der Tat ist es vor allem Unerfahrenheit und Mangel an Denken bei den Eltern, was an dem unsinnigen, fast allgemein verbreiteten Alkoholgenuß der Schulkinder Schuld trägt. Die meisten Eltern sind blind gegen die Erkennung der großen Gefahren und Schäden und taub gegen die von den Ärzten und Lehrern kommenden Warnungen."

— Die **finnländische Lebensversicherungsgesellschaft Suomi** hat beschlossen, eine **eigene Abteilung für Abstinente** zu errichten. Sie kam zu dieser Neuerung auf Grund der Erfahrungen, die die englische Lebensversicherungsgesellschaft „United Kingdom und General Provident Institution" seit mehr als 50 Jahren gesammelt hat, und durch die der Beweis erbracht wird, daß die Abstinenten eine weit bessere Lebenserwartung haben als die Nichtabstinenten. Nach Ansicht der Direktion des „Suomi" bestehen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Verhältnissen in England und Finnland in dieser Beziehung, es erscheint daher die Errichtung einer eigenen **Gewinn-Abteilung** für die Abstinenten als eine gerechte Maßregel. Besondere Vorteile werden den Abstinenten durch Errichtung einer solchen Abteilung auf Kosten der Versicherten nicht eingeräumt. Die Prämien und Versicherungsbedingungen sind die gleichen, nur der Gewinnanteil stellt sich verschieden in einer jeden Gruppe, darauf beruhend, in welcher die wirkliche Sterblichkeit sich geringer zeigt. Durch eine solche Anordnung werden die Abstinenten nur selbst ihr Sterblichkeitsrisiko tragen, aber sie genießen auch die Vorteile der wahrscheinlich geringeren Sterblichkeit unter ihnen.

Am Schlusse des letztvergangenen Geschäftsjahres betrug die Anzahl der bei der Gesellschaft Suomi versicherten Abstinenten nach der Mitteilung des Jahrbuches 18336, d. i. 32,7% aller bei der Gesellschaft Versicherten.

Es wäre sehr wünschenswert, daß sich endlich auch eine der deutschen Lebensversicherungsgesellschaften entschlösse, eine eigene Abteilung für Abstinente zu errichten. Nur auf diesem Wege wird es möglich sein, zu einer einwandfreien Beantwortung der Frage zu kommen, ob die Abstinenten wirklich, wie sie behaupten, eine bessere Lebenserwartung haben als die Nichtabstinenten. H.

Aus: Korrespondenz für die deutsche medizinische Presse. Im Auftrage des Vorstandes des Vereines abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes herausgegeben von Dr. A. Holitscher, Geschäftsführer des Vereines abst. Arzte des deutschen Sprachgebietes, Pirkenhammer bei Karlsbad.

Referate.

— Rüdin, Dr. Ernst, Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten. München, 1909. Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Verf., der auf dem Gebiet der Gefängnispsychosen schon wertvolle Studien veröffentlicht hat, legt nunmehr die Resultate sorgfältiger Beobachtungen über die psychischen Krankheiten der „Lebenslänglichen" vor. Er hat fünfzig aus preußischen Strafanstalten in die Moabiter Irrenabteilung überführte Lebenslängliche, die meist erst nach langer Strafhaft psychisch erkrankt waren, untersucht und ihre Akten durchgearbeitet.

Die größte und einheitlichste Gruppe war die Dementia praecox. Diese auf einem fortschreitenden organischen pathologischen Prozeß beruhende Geisteskrankheit fand sich ungefähr in demselben hohen Prozentsatz, wie ihn Verf. früher bereits bei den kurzzeitig Bestraften festgestellt hat. War bei letzteren der halluzinatorische Verfolgungskomplex charakteristisch, so führte die Eigenart des Milieus bei den an Dementia praecox erkrankten Lebenslänglichen häufig zu Unschulds- und Begnadigungswahn. Das manisch-depressive Irresein fehlte; nicht eine Erkrankung an Melancholie wurde konstatiert. Dagegen fanden sich Epilepsie, rein psychogene und psychogen stark beeinflußte Irreseinsformen, psychogene Psychosen auf dem Boden epileptoider Entartung und Querulantenwahn. Zum ersten Mal wird in der vorliegenden Arbeit der präsenile Begnadigungswahn der Lebenslänglichen beschrieben, eine eigenartige Form des Förderungswahns, die in sechs Krankengeschichten erläutert wird; im höheren Mannesalter erworbene Gehirnprozesse, größtenteils verfrühte arteriosklerotische Involutionsvorgänge gaben hier die Basis ab, auf welcher sich dann die psychogenen Faktoren der trostlosen Lage in psychotischer Richtung zu entfalten vermochten. Die neue Krankheitsgruppe verdient wegen ihrer praktischen Wichtigkeit die Beachtung der Strafanstaltsärzte. Paranoische Anlagen, die in einem Durchschnittsniveau die Grenze psychopathischer Minderwertigkeit nicht überschritten hätten, ja vielleicht verborgen geblieben wären, wurden durch den übermächtigen Reiz lebenslanger Gefangenschaft auch im besten Mannesalter ausgebildet; der psychogene Faktor der Einsperrung greift eben hier lebhaft ins Seelenleben ein und geht in seinen Wirkungen weit über die Erscheinungen der Hysterie hinaus.

Die Arbeit Rüdins ist seine Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia legendi in der Psychiatrie. Das Thema ist hierzu gut gewählt. Die Gefängnispsychosen müssen den jungen Medizinern und ebenso den älteren energisch eingeprägt werden. Verkennung der Krankheit kann der Anlaß zu großen Ungerechtigkeiten werden. Das Studium gar mancher der mitgeteilten Krankengeschichten lehrt, wie bitter notwendig es den Strafanstaltsärzten und -beamten ist, Psychiatrie zu treiben. Mehrfach wurden die Symp-



tome der Dementia praecox als Simulation angesehen, einmal wurden Selbstmordversuche eines Paranoiden mit Peitschenhieben behandelt (Seite 24) u. a. m. Auffallend oft waren die Lebenslänglichen übrigens Söhne von Trinkern! G. Ilberg.

— Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 2. Novemberheft 1908.

Verf. vertritt den Standpunkt, daß die Paranoia dem manisch-melancholischen Irresein zuzurechnen ist. Wie die agitierte Melancholie ist auch die typische Paranoia ein Mischzustand manischer und melancholischer Symptome. Am Querulantenwahn, der ja als Hauptvertreter der Paranoia gilt, wird der Nachweis dafür geführt. Man findet dort Stimmungsanomalien und das ganze Inventarium der Manie. Paranoische Zustandsbilder entstehen auch im Verlaufe der Manie, insbesondere der chronischen Manie, wenn sich melancholische Züge beimischen. Allein durch diese Auffassung läßt sich bei der Paranoia die Vielgeschäftigkeit, das aktive Vorgehen, der Reichtum der Wahnbildung und der Größenwahn logisch erklären. Diese Anschauung erhält in der spezifischen Heredität eine Stütze.

— Specht, Schlaf und Traum. Velhagen und Klasings Monatshefte, 1908/09, Bd. 2.

Verfasser hat sich in dieser populär geschriebenen Abhandlung die Aufgabe gestellt, durch Aufklärung die abergläubischen Vorstellungen zu beseitigen, die in Laienkreisen aus dem Schlaf- und Traumleben noch häufig ihre Nahrung erhalten. Der außerordentlich klar, verständlich und spannend geschriebene Artikel schildert den gegenwärtigen Stand der medizinischen Anschauungen über die Natur des Schlafes und Traumes und erklärt die psychologischen Methoden, durch die der Forscher in dies anscheinend unzugängliche Gebiet einzudringen vermag. Auch einige Streifzüge ins psychiatrische Gebiet werden unternommen. Das Lesen des Aufsatzes im Original wird nicht nur Laien, sondern auch jedem Psychiater Genuß bereiten. Fritz Hoppe.

Personalnachrichten.

— **Hannover.** Der Assistenzarzt Dr. med. Bartsch bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg und der Assistenzarzt Dr. med. Jänecke bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück sind zum 1. April d. Js. zu Abteilungsärzten bei den genannten Anstalten ernannt.

— **Haina** (Bezirk Cassel). An Stelle des am 1. September d. Js. aus dem hiesigen Anstaltsdienst ausscheidenden Oberarztes Dr. Paul Holthausen tritt der Oberarzt Dr. Schürmann, zurzeit am Landeshospital Merxhausen mit Wirkung vom 1. Oktober d. Js. an.

Bromvalidol. Von Dr. Georg Schwersenski in Berlin. (Therapeutische Monatshefte, 1908, November. Verlag von Julius Springer in Berlin.)

Das von Schwersenski im Jahre 1897 in die Therapie eingeführte Validol, die chemische Verbindung der Baldriansäure mit dem Menthol, also der Valeriansäurementhylester, mit einem Gehalt von 30 Proz. freien Menthols, hat sich als Analeptikum besonders bei neurasthenischen und hysterischen Schwächezuständen gut bewährt.

Menthol wirkt belebend mit Erhöhung des Blutdrucks und Vertiefung der Respiration. Es ist unter den erregenden Kampfern der mildeste nach Geruch und Geschmack der angenehmste. Die Wirkung des Baldrians beruht nicht nur auf seinem Geruch. Die gegenteilige Erklärung trifft man merkwürdiger- und bedauerlicherweise auch noch in modernen und bedeutenden pharmakologischen Werken. Eine Baldrianwirkung wird aber auch erzielt, wenn Baldrianpräparate in Gelatinekapseln verabreicht werden.

Die Baldrianpräparate, d. h. die wirksamen, haben neben einer mild tonisierenden Wirkung einen belebenden, die vitale Energie anregenden Einfluß. Bekanntlich läßt der Baldrian z. B. die Katzen urkomische Sprünge und Faxen machen — Husemann sagt: „groteske Tänze aufführen". Auch beim Menschen läßt er einen animierenden Effekt nicht verkennen. Die Valeriana wirkt bei der Aufrüttelung der Energie neurasthenischer und hysterischer Kranker, bei dem Erwachen des eigenen Wollens in beachtenswerter Weise mit.

Behufs Verstärkung der beruhigenden Baldrianwirkung fügte Schwersenski dem Validol das Bromnatrium zu. Der chemischen Verbindung von Brom und Baldrian, der Bromvaleriansäure, könne man aber eine tatsächliche Bromwirkung nicht zuerkennen, ebensowenig wie der Dibromsalizylsäure.

Anders die vereinigte Wirkung des Bromnatriums und des Validols! Bereits vor geraumer Zeit ließ sich Schwersenski die ersten Bromvalidol-Tabletten anfertigen, nach der Vorschrift:

Rp. Natrii bromati 1,0
Magnesiae ustae 0,1
Validol. gtt. V.

Mit der Wirkung dieser Tabletten ist er sehr zufrieden, besonders bei nervöser Überreiztheit durch Berufsarbeit, und bei hartnäckigen hysterischen Zuständen beim Beginn des Klimakteriums. „Eine Tablette mit obigem Bromvalidolgehalt, am Tage in 1/2 Glas Wasser genommen, gibt wohltuende Beruhigung ohne Ermüdung, ist daher für geistige Tätigkeit nicht störend, sondern fördernd. Oft genügt auch schon eine halbe Tablette. — Will man erquickenden Schlaf erzielen, so gibt man zwei Tabletten auf einmal."

Die Lösung der Tabletten (in kaltem Wasser leicht vor sich gehend) opalesziert schwach milchig und schmeckt zart salzig, sehr erfrischend. Die anfänglichen Schwierigkeiten der Herstellung der Bromvalidol-Tabletten (wegen der Flüchtigkeit des Validols und wegen der Förderung leichter Löslichkeit) sind jetzt beseitigt. Durch ruhiges Umrühren in frischem Wasser löst sich die Tablette mühelos auf. Die Bromvalidol-Tabletten werden jetzt im großen von den das Validol fabrizierenden Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co. hergestellt und kommen in dunkelblauen Glasröhren, durch dünne Wachspapierscheibchen separiert, gegen Luft und Licht geschützt, in den Handel.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 21. 14. August **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Ein psychiatrisches Nachrichtenbureau. Von Oberarzt Dr. Lomer in Blankenheim bei Weimar. (S. 177.) — Psychiatrie und Presse. Von Dr. Rehm, Dösen-Leipzig. (S. 179.) — Mitteilungen (S. 181): 16. Versammlung des Norddeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Danzig. Die Wirkungen des Alkoholismus. — Referate (S. 183.) — Personalnachrichten (S. 184.)

Ein psychiatrisches Nachrichtenbureau?

Von Oberarzt Dr. *Lomer* in Blankenhain bei Weimar.

Die Psychiatrie erlebt ernste Zeiten. Trotz aller Fortschritte der klinischen Praxis und des bewunderungswürdigen Ausbaues der Anstalten, trotz der sonstigen Popularisierung naturwissenschaftlicher Betrachtungsweise hat man heute fast den Eindruck, als sei das herkömmliche weitverbreitete Mißtrauen gegen die Irrenanstalten und ihre Ärzte eher im Wachsen als im Schwinden begriffen. Den Anfeindungen der Anstalten durch die Sensationspresse tritt leider in der Regel keine ausreichende Abwehraktion gegenüber. Denn einerseits ist die reelle Presse vielfach über psychiatrische Angelegenheiten viel zu mangelhaft unterrichtet, um unserer Sache aus wirklicher Überzeugung und gestützt auf genauere Sachkenntnis beispringen zu können; andererseits liegt bei uns zu Lande auf dem irrenärztlichen Stande eine viel zu große politische Lethargie, als daß unter den führenden Männern, den hierzu Berufensten, allzu oft Propheten mit dem flammenden Schwerte der Entrüstung aufzustehen sich getrauten. Das hat natürlich seine guten Gründe.

Zum größten Teile sind die Direktoren unserer großen Anstalten und die Leiter der Universitätskliniken derart mit klinischer, gutachtlicher und Verwaltungstätigkeit überhäuft, daß ihnen für Preßpolemiken ganz einfach weder Zeit noch Kraft übrig bleibt. Auch von den übrigen älteren Kollegen steht ein großer Teil so sehr im Berufsfrohn oder ist in der aufreibenden und erschlaffenden Monotonie des Anstaltsdienstes so interesselos für die weiteren Fragen des Tages geworden, daß sie sich zu Aktivität irgendwelcher Art nicht aufraffen mögen.

Erst der bedauerliche Fall Lubecki hat in diese passiven Verhältnisse einen etwas frischeren Wind gebracht, und auch in dieser Wochenschrift hatte — vergl. die Aufsätze von v. Kunowski-Leubus*), Tille-Wittstock*), Friedländer-Hohe Mark*), Holub-Wien*) — eine Diskussion eingesetzt, von der es mehr als schade wäre, wenn sie wiederum mit völliger Windstille enden sollte.

So ziemlich von jeder Seite wird zugegeben, daß etwas geschehen müsse, um im Sinne systematischer Aufklärung auf die Presse zu wirken, damit durch ihre Vermittlung auch in den Massen eine gesundere und den Tatsachen besser entsprechende Auffassung von Wesen und Leistungen der Psychiatrie Platz greife. Was allerdings bisher zu diesem Zwecke geschehen ist, kann bestenfalls als „wenig" bezeichnet werden. Daß schöne Reden in den Jahresversammlungen der Vereine, über die kaum eine größere Tageszeitung berichtet, daß auch wohltemperierte Aufsätze in den Fachzeitschriften nichts nützen können, das hat man ja nachgerade eingesehen. Auch hat in dieser Erkenntnis, wie Friedländer**) des näheren ausführt, der „Deutsche Verein für Psychiatrie" bereits vor Jahr und Tag eine „Preßkommission" eingesetzt, deren Aufgabe es sein sollte, alles einschlägige Material zu sammeln, zu bearbeiten und eventl. zur Veröffentlichung zu bringen. Diese Kommission sollte auch, soweit Fr. sich recht erinnert, eine Zentralstelle bilden, bei der jederlei Beschwerden über Irrenärzte anzubringen wären.

Leider ist jedoch bis auf den heutigen Tag nichts von der Tätigkeit dieser Kommission in die psychiatrische Öffentlichkeit gedrungen. „Und doch haben in der Zwischenzeit" — ich folge Friedländers Worten — „eine Reihe von unglaublichen Angriffen gegen Psychiater stattgefunden", die es

*) Jahrg. 1908—09, Nr. 37, 42, 44, 45.
**) Siehe oben.



m. E. wohl verdient hätten, daß sich die Kommission mit ihnen ein wenig näher beschäftigt hätte.

Worauf wartet man denn? Soll wirklich *Holub* recht behalten, wenn er*) dem irrenärztlichen Stande im ganzen „absolute Stumpfheit", „Mangel jeder Reagenzfähigkeit" und „Waschlappigkeit" zum Vorwurfe macht!? Wenn irgendwo, so gilt doch unserem Fache gegenüber der Satz: semper aliquid haeret; jeder feindliche und unwiderlegte Zeitungsartikel hetzt das Publikum tiefer in das herkömmliche Vorurteil gegen uns hinein, und wenn eine Beamtenkategorie — das sind die Psychiater doch! — als Ganzes fortdauernd Verdächtigungen beleidigendster Art, Anwürfe schlimmster Sorte ohne Gegenaktion auf sich sitzen läßt, so ist es kein Wunder, wenn schließlich auch bei wohlwollenden Beurteilern einige Zweifel laut werden. Wie gesagt, worauf wartet man noch?

Auch kann ich mir nicht denken, daß, wer wirklich handeln will, hier keinen gangbaren Weg fände. Mit einer feierlichen „Kommission" freilich ist es hier nicht getan. Etwas schwieriger dürfte der Kasus schon liegen. Aber warum kommt man der Presse nicht auf den *ihr geläufigen* Wegen näher, indem man etwa ein *psychiatrisches Nachrichtenburau*, eine Art *psychiatrischer Korrespondenz* gründet! Eine Kommission, die sich lediglich aus Männern eines Faches zusammensetzt, muß bei den mißtrauischen Preßleuten ja von vornherein als voreingenommen, ihre Berichte als tendenziös und gefärbt gelten. Der wissenschaftliche Nimbus tuts hier nicht. Er ist, gerade was die Irrenärzte betrifft, arg erschüttert. Lieber suche man sich unter unseren großen Zeitungsverlegern einen umsichtigen und vertrauenswürdigen Mann heraus, setze sich mit dem in Verbindung, schildere ihm die Not des Standes und gebe ihm Einblick in das bis jetzt gesammelte, jedenfalls sehr bedeutende Material. Es müßte mit dem Teufel zugehen, wenn sich da nicht der geeignete Mann zur Gründung eines Nachrichtenbureaus fände!

Diesem Bureau hätten in erster Linie *Journalisten* anzugehören; denn sie allein kennen die Bedürfnisse und Gewohnheiten und beherrschen genügend die Formen der Presse. Unterrichtete Journalisten natürlich, deren Hauptinteresse nicht im Boden sensationeller Mache wurzelt. Als fachliche Berater sind natürlich auch ein paar Psychiater nicht zu entbehren. Etwa *je ein Vertreter* für die Interessen der *Kliniken*, der *Staats- und der Privatanstalten*, welche mit den Journalisten



Hand in Hand zu arbeiten hätten. Nun aber das Wichtigste.

Das Bureau *hätte nach zwei Seiten Fühlung zu nehmen*. Zunächst müßte es enge *Verbindung halten zu sämtlichen psychiatrischen Instituten Deutschlands*. Etwa in der Form, daß jeder Konflikt mit Presse, Publikum oder Gericht sofort, mit Akten belegt, dem Bureau zuginge; denn ohne Akten ist hier gar nichts zu wollen!

Sodann müßte es Einfluß auf die Presse zu gewinnen suchen. Am zweckmäßigsten vielleicht durch *regelmäßige Herausgabe einer regelrechten „Korrespondenz"*, welche in ruhigen Zeiten Aufsätze allgemeinen, populärpsychiatrischen Inhalts, Kongreßberichte u. dergl. m. brächte, in bewegten dagegen eine genaue, sachliche, aktenmäßige Darstellung der die Öffentlichkeit beschäftigenden oder beunruhigenden Dinge bezw. „Fälle". Wieviel Zeitungspolemiken hätten sich ganz von selbst erledigt, wenn z. B. der Fall Luise von Coburg und mancher andere rechtzeitig eine derartige sachgemäße öffentliche Aufklärung und Beleuchtung gefunden hätten! — Ich bin überzeugt, daß eine ganze Reihe guter und einflußreicher Zeitungen sofort auf eine solche Korrespondenz abonnieren würden.

Da das Bureau gewissermaßen eine Art Vertretung der psychiatrischen Standesinteressen wäre, — nicht der wissenschaftlichen, sondern sozusagen der sehr wesentlichen *journalistischen* Interessen! — so würde ihm auch die *gerichtliche Verfolgung verleumderischer und gehässiger Preßäußerungen* obzuliegen haben. Und das mit um so größerem moralischen Rechte, als ja der gesamte Stand der Psychiater, von der Autorität bis herab zum Volontärarzt, hinter diesem Bureau zu stehen hätte.

Ohne absolute Einmütigkeit ist ja in dieser ganzen Frage überhaupt nichts zu erreichen. Das verlangt schon die bei jeder Kriegführung fundamental wichtige — Geldfrage. Und damit wären wir bei dem rein materiellen Punkt meines Vorschlages angelangt, bei der Frage, wie die zur Verwirklichung und Erhaltung eines derartigen Bureaus erforderlichen Mittel beschafft werden sollen. Zunächst bedarf es natürlich eines Anlage-Kapitals, und hier müßte die Opferwilligkeit des ganzen Standes in die Bresche springen. Wir haben eine *Lähr*-, wir haben eine *Möbius*-stiftung, die rein wissenschaftlichen Zielen dienen. Sollten sich nicht auch Mittel für den genannten *praktischen* Zweck aufbringen lassen? Ist das hier zu erstrebende Ziel nicht in seiner Art ebenso wichtig,

*) Siehe oben.

vielleicht zurzeit gar wichtiger? Sollen wir nicht, ehe wir an die Innenausstattung unseres Wohnhauses gehen, erst einmal das Fundament sichern, auf dem das Ganze ruhen soll?

Die zweite Frage wäre die Erhaltung des als vorhanden angenommenen Bureaus. Ich denke mir die Lösung dieser Frage etwa so: Gibt das Bureau fortlaufende Nachrichten heraus, wie oben geschildert, so wäre nicht nur ein möglichst großer Kreis von Zeitungen usw. zum Abonnement auf diese Korrespondenz einzuladen, sondern auch die Staatsbehörden, Ministerien, Kommunalverbände, ja in erster Linie die deutschen Anstalten und Kliniken selbst. Wird der allgemeine Inhalt der Korrespondenz gut redigiert, stilvoll und interessant gestaltet, so wird sich bald eine beträchtliche Abonnentenzahl finden. Aber die Abonnements der Anstalten müßten sozusagen die finanzielle Grundlage ihres Fortbestandes sein. Man bedenke, das Unternehmen soll im Ton unparteiischer Aufklärung der Sache unseres gesamten Standes, also im besonderen: des Anstaltswesens dienen. Sollten da nicht die Anstalten jährlich ein paar lumpige Mark für die gute Sache übrig haben? Die Frage beantwortet sich von selbst.

Allerdings, solange meine kurze Anregung an dieser Stelle eine Stimme in der Wüste bleibt, wird die ganze Sache auch nicht einen Schritt vorwärts kommen. Es bedarf der Mitstreiter, der tatkräftigen Helfer und nicht zum mindesten der Unterstützung durch die berufenen Führer des Standes. Zu diesen berufenen Führern gehören aber nicht nur die wissenschaftlichen Autoritäten, denen es zur Verfolgung solcher Pläne oft am nötigsten fehlt: an der Zeit, sondern vor allem auch die bereits in Vereinen kristallisierte Gesamtheit der Fachgenossen, in erster Linie wohl die Vereinigung, unter deren Fahne Psychiater aus allen deutschen Landen sich zusammengefunden haben, der „Deutsche Verein für Psychiatrie".

An ihn wenden sich meine Worte daher mit besonderer Betonung. Mag man mir zustimmen, oder mag man meinen unmaßgeblichen Vorschlag in Grund und Boden kritisieren, — die Hauptsache ist vorläufig, daß er überhaupt erst einmal diskutiert wird. Eh bien, wer meldet sich zum Wort?! —

Bemerkung zu dem Vorschlag des Herrn Kollegen Lomer.

Bis zu etwaiger anderweitiger Regelung des Aufklärungsdienstes läßt sich das gewünschte und in der Tat recht wünschenswerte Ziel auf einfache Weise in Verbindung mit der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift erreichen. Die Herren Kollegen, welche kurze aufklärende Artikel und Nachrichten (1 bis 2 Spalten) an die Tagespresse zu versenden beabsichtigen, werden gebeten, dieselben in der Wochenschrift erscheinen zu lassen. Solche kurzen und dringlichen Notizen, welche druckfertig geschrieben sein müssen, können, wenn sie spätestens Donnerstag mittags in meinen Händen sind, schon am Sonnabend erscheinen. Es würden dann ebensoschnell die gewünschten Sonderabzüge unter der Spezialaufschrift: Korrespondenz für die Tagespresse betr. Irrenanstalten und Irrenheilkunde sowie verwandte Gebiete — gefertigt und an die Zeitungen versandt werden. Geht das Manuskript früher ein, so können die Sonderabzüge schon Freitag abgeschickt werden. Die Besorgung der nötigen Adressen von Zeitungen bereitet keine Schwierigkeit. Einschließlich Porto, Sonderdrucke, Kuverts usw. dürfte sich dem Interessenten die Ausgabe bei Versendung an 150 Zeitungen auf ca. 15 M. stellen.

Der Weg durch die Wochenschrift ist deshalb zweckmäßig, weil dieselbe in der Tagespresse bekannt ist und weil die Tageszeitungen im allgemeinen eher an den Abdruck gehen, wenn die betreffende Notiz bereits eine bekannte Fachzeitschrift passiert hat, ferner aber auch deshalb, weil es sich oft um Vorgänge oder „Fälle" handelt, über welche authentisch und umgehend aufgeklärt zu werden die Fachkollegen selbst ein Interesse haben. Bresler.

Psychiatrie und Presse.

Von Dr. *O. Rehm*, Dösen-Leipzig.

Weygandt besprach in der Psychiatr.-neurol. Wochenschrift Nr. 16 einen Zeitungsartikel von Professor Weber und kam zu dem Schlusse, man müsse mit dem Hervortreten an die Öffentlichkeit der Tagespresse sehr vorsichtig sein, damit man nicht mehr schade, als die Aufklärung nütze. Diese Ansicht ist zweifellos richtig. — Ich habe vor mir einen Aufsatz von Dr. Heinrich Schäfer in den „Blättern für Belehrung und Unterhaltung", einer Beilage der Leipziger Neuesten Nachrichten vom 21. Juni 1909, über „Moderne Irrenpflege". Diese Zeilen sollen offenbar den Zweck haben, das große Publikum „aufzuklären". Es wird in dem Aufsatz der Stab gebrochen über das „No-restraint" und an schauderhaften Vorfällen gezeigt, daß Kranke zu früh entlassen werden." Heute fällt es nicht schwer, in Berlin auf der Straße ein halbes Dutzend entlassener Geisteskranker aufzufassen, die mit frisch geschliffenen Messern herumfuchteln." Es wird die Polizei scharf gemacht, sie habe von dem Rechte der Aufsicht über Entlassung zu wenig Ge-



brauch gemacht, sie solle häufiger ihr Veto einlegen. Weiterhin: „Mit dem No-restraint-Dusel ging der Heilungsdusel einher."

Soll ein solcher Aufsatz — anscheinend von einem Fachgenossen verfaßt — nicht verwirrend wirken im Publikum? — Was den Anstoß zu diesen Zeilen gegeben hat, ist folgende Zeitungsnotiz (Depesche) aus den Leipziger N. N. vom 25. Juli 1909.

Gewaltsame Entführung eines Millionenerben.

Budapest, 24. Juli. (Telegramm unseres Budapester Mitarbeiters.) Großes Aufsehen erregte hier die gestern aus einem hiesigen Hotel am hellen Tage erfolgte gewaltsame Entführung des Millionenerben Graf Karl Zay und seine Internierung in einer hiesigen Irrenanstalt, obgleich der junge Graf geistig völlig normal ist. Der Portier des Hotels war durch eine größere Geldsumme bestochen worden. Zwei Advokaten, die zugleich Reichstagsabgeordnete sind, bemühen sich gegenwärtig energisch um die Befreiung des Grafen Zay aus der Irrenanstalt.

Über die Unsinnigkeit des Inhaltes ist kein Wort zu verlieren. Aber sehr wohl lohnt es sich, sich zu überlegen, ob sich der Stand der Irrenärzte derartige Anrempeleien gefallen lassen soll, von denen obiger Zeitungsausschnitt nur ein Beispiel bietet. Jeder, der einige Jahre hindurch auf solche Preßäußerungen geachtet hat, weiß, daß sie selbst in den angesehensten Blättern von Zeit zu Zeit wieder bei Gelegenheit erscheinen. Es ist zweifellos richtig, daß der Fortschritt der psychiatrischen Aufklärung, besonders auf Seiten der Richter, allmählich eine Besserung der Anschauungen gebracht hat, ferner, daß der Fortschritt der allgemeinen Bildung auch hierin allmählich Wandel bringen wird, doch kann es noch sehr lange Zeit dauern, bis das allgemeine Urteil den Grad von Richtigkeit erreicht hat, der wünschenswert erscheint.

Sollen wir das abwarten, soll der Psychiater sich solche ungerechtfertigte Anschuldigungen auch fernerhin gefallen lassen und darüber hinweggehen mit der billigen Entschuldigung, daß es diese Leute eben nicht besser verstehen? Ich glaube, es wäre eine solche Gleichgültigkeit ein Fehler; es würde das große Publikum, auch das gebildete, nur darin bestärken, daß in der Psychiatrie noch manches faul ist, und daß deswegen die Psychiater sich scheuen, frisch und offen sich zu wehren, wie es jeder Stand sonst bei Angriffen auf seine Standesehre für selbstverständlich hält. Denn diese gilt es; ich glaube, es fühlt das jeder einzelne; auf jeden einzelnen fällt der Vorwurf zurück, wenn er sich nicht verteidigt.

Darum sollen wir endlich heraustreten aus der bequemen und vornehm scheinenden Reserviertheit, wir sollen uns durch aufklärende Worte verteidigen und zeigen, daß wir nicht gewillt sind, uns grundlos anfeinden zu lassen. Aber wie wird das zu ermöglichen sein? Selbstverständlich wird das Wichtigste sein, durch gelegentliche populäre Vorträge in allen Schichten der Bevölkerung uns Ansehen zu verschaffen, unsere Anstalten sollen gegen die Außenwelt nicht hermetisch verschlossen sein, sondern es soll den Besuchern möglich sein, einen Blick in den Betrieb und in die Behandlungsweise zu tun, wir wollen zeigen, daß das Gerede von Gummizellen und Anbinden Unsinn ist, und daß keine Anstalt solche Mittel mehr gebraucht. Doch damit nicht genug. Es ist dringend notwendig, daß die Presse direkt aufgeklärt wird, und zwar einerseits durch Richtigstellung falscher Notizen — eventuell mit Hilfe des Preßgesetzes —, andererseits durch aufklärende Aufsätze von berufener Hand. Es ist schon auffallend, in wie geringem Maße die Presse von unseren Versammlungen Notiz nimmt, während von Versammlungen von Gastwirten und anderen Ständen lange Berichte in der Presse erscheinen; viel wichtiger aber noch erscheint uns der erstangeführte Gesichtspunkt. Es ist nach meiner Ansicht notwendig, daß sich um die falschen Preßnotizen, die von einer Zeitung in die andere übergehen, nicht allein der einzelne kümmert, der oft nur ein sekundäres Interesse an der Richtigstellung hat, sondern daß eine Kommission diese Sache in die Hand nimmt, die in manchen Fällen mit den betr. Behörden, gemeinsam vorgehend, sich erkundigt und den Sachverhalt klarzulegen sucht. Ich halte es für richtig, daß der Deutsche Verein für Psychiatrie, der die wissenschaftlichen und sozialen Interessen zu vertreten hat, sich dieser sehr wichtigen Angelegenheit annimmt und ähnlich, wie im Leipziger Verband eine Kommission zur Bekämpfung der Kurpfuscherei besteht und dahingehende Notizen sammelt, eine Kommission aufstellt, die diese wichtige Seite der praktischen Psychiatrie energisch in Angriff nimmt. Der Erfolg wird bei allgemeiner Unterstützung bestimmt nicht ausbleiben.



Mitteilungen.

— **16. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Danzig** am 5. Juli 1909.

Referent: Dr. Hantel-Neustadt W.-Pr.

Rabbas als Vorsitzender begrüßt die Versammlung nach Eröffnung der Sitzung um 11 Uhr.

Als Geschäftsführer für 1910 werden gewählt: Generaloberarzt Dr. Rothamel-Danzig und Oberarzt Dr. Wallenberg-Danzig. Der Anfang der Versammlung wird für die Zukunft auf 10 Uhr vormittags festgesetzt.

Wallenberg-Danzig stellt eine Patientin mit Syringomyelie vor. Dieselbe bietet folgende Erscheinungen: Nystagmus nur beim Blick nach rechts. Trophische Störungen der linken Hand, Atrophie der Interossei der rechten Hand bei Intaktheit der rechten Daumenmuskeln, Sensibilitätsstörungen an der rechten Stirnseite, der oberen rechten Rumpfhälfte, am rechten Arm und rechten Hand, Atrophie der rechten Zungenhälfte und rechtsseitige Rekurrenslähmung. Das Interessante des Falles liegt darin, daß sich die den genannten Störungen zugrunde liegenden Krankheitsherde scharf lokalisieren lassen. Der eine Herd sitzt im 7. und 8. Hals- und Brustsegment. Er betrifft vornehmlich das linke Vorderhorn und zieht hinüber nach dem rechten Hinterhorn. Der andere Herd hat seinen Sitz im ventralen Teil der Medulla oblongata, wo er den ventralen Teil der spinalen Trigeminuswurzel mitgetroffen hat.

Herr Wallenberg illustriert den Fall durch anatomische Präparate (Querschnitte durch Medulla und Oblongata), die er vor zirka vierzehn Jahren an einem Kinde mit ähnlichen Erscheinungen gewonnen hat.

Referat: Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox. Referenten: Tomaschny-Treptow und Meyer-Königsberg.

1. Tomaschny bespricht die subjektiven Empfindungen bei Dementia praecox.

Ihre Zahl ist sehr groß (auf Einzelheiten kann hier nicht näher eingegangen werden), aber nur ein Teil von ihnen steht in innerem Zusammenhange mit der Psychose, ein großer Teil ist weiter nichts als eine zufällige Komplikation. Die subjektiven Störungen pflegen am stärksten zu sein im Beginn der Psychose, im weiteren Verlauf läßt sich bei ihnen häufig eine periodische Steigerung beobachten, meist verbunden mit gleichzeitiger Verschlimmerung der psychischen Symptome. Je mehr die Krankheit sich dem Endzustande nähert, desto mehr schwinden sie.

Die Bedeutung der subjektiven Störungen ist eine mehrfache. Da sie dem manifesten Beginn der Psychose oft vorauseilen, können sie für die zeitweilige Bestimmung des Beginnes der Psychose von Wert sein, besonders da, wo psychische Erscheinungen noch fehlten. Auch bei Abgrenzung der Dem. praec. gegenüber anderen Krankheitsformen können sie herangezogen werden, doch ist ihre Bedeutung in dieser Hinsicht nicht sehr hoch anzuschlagen. Sie bilden auch häufig das materielle Substrat für allerhand Wahnvorstellungen und geben uns die Erklärung für die Entstehung mancher uns sonst unverständlicher Wahnideen. Ferner beeinflussen sie nicht selten das Verhalten der Kranken, sie sind vielfach die Ursache für verschiedene Stereotypien. Sie sind auch von Bedeutung für die Prognosestellung, indem sich die Vorhersage um so ungünstiger gestaltet, je zahlreicher und hartnäckiger die subjektiven Störungen auftreten. Schließlich sind sie von Bedeutung für die ganze Beurteilung des Wesens der Psychose. Sie deuten darauf hin, daß wir es bei der Dementia praecox mit organischen Veränderungen zu tun haben, welche sehr wahrscheinlich durch ein mit der Psychose in engster ursächlicher Beziehung stehendes Toxin im Körper hervorgerufen werden und wahrscheinlich zum Teil vorübergehender, zum Teil bleibender Natur sind.

2. Meyer-Königsberg bespricht die objektiven Erscheinungen der Dementia praecox.

Einleitend wird auf die Beziehungen zu organischen Erkrankungen und andererseits zur Hysterie hingewiesen. Die Grundlage der Untersuchung bilden fast 400 Fälle. Die Untersuchung der Pupillen ergab: In 10% der Fälle Mydriasis, sehr selten Miosis meist mittelweite Pupillen. Träge, zum Teil sehr träge Lustreaktion fand sich 44 mal, einmal die von A. Westphal bei katatonischen Kranken festgestellten Pupillenstörungen.

Bei den Sehnenreflexen war Erhöhung sehr häufig, Abschwächung selten; Spasmen resp. Hypotonie ganz vereinzelt.

Meyer führt dabei die von Knapp u. a. mitgeteilten Beobachtungen über Lähmungen, Sprachstörungen, Verhalten der Sensibilität etc. auf, geht auch auf die choreiformen Erscheinungen bei Dementia praecox ein.

Abschwächung resp. Aufgehobensein der Schleimhautreflexe ist häufig. Bemerkenswert ist, daß oft Abschwächung oder Fehlen der Schleimhautreflexe mit Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe verbunden vorkommt. Ferner sind sehr häufig starke Ovarie und Mastodynie.

Meyer weist weiter auf die Häufigkeit von Dermographie und mechanischer Muskelerregbarkeit, das Vorkommen von Pulsanomalien hin, ferner von abnormer Speichelsekretion und Schweißabsonderung.

In seiner Zusammenfassung macht Meyer darauf aufmerksam, daß mannigfache Momente die Dementia praecox der Paralyse ähnlich erscheinen lassen, während die Zahl objektiver Symptome in dieser Richtung verhältnismäßig gering war, und daß andererseits die Beziehungen zwischen Dementia praecox und Hysterie weniger bestimmte und greifbare sind, die Zahl der objektiven hysteriformen Erscheinungen dagegen groß.

Das Ergebnis an objektiven körperlichen Erscheinungen entspreche der eigenartigen Mittelstellung, die die Dementia praecox zwischen organischen und funktionellen psychischen Störungen einnehme.

An der Diskussion beteiligen sich Merklin und Siemens.

Taubert-Lauenburg: Über periodische Indikanurie beim manisch-depressiven Irresein.

Vortragender berichtet nach Besprechung der Untersuchungen von Pilcz, Kauffmann und Seige über einen 82jährigen Patienten, der seit 30 Jahren an manisch-depressivem Irresein erkrankt ist und sich seit 15 Jahren in fortwährendem Wechsel zwischen tiefen Depressionen und hohen manischen Erregungen ohne freie Intervalle befunden hat. Bei dem Patienten hatte in der Manie regelmäßig eine starke Ausscheidung von Indikan statt, die in den Depressionen fehlte. Die Indikanurie ließ sich durch Darmantiseptika und eiweißarme Diät nicht bekämpfen. Vortr. hält es für wahrscheinlich, daß Indikanurie bei Psychosen auf direkter Beeinflussung des Zentralnervensystems beruht und daß Indikanurie und Erregung ihre gemeinsame Wurzel in der unbekannten Ursache des manisch-depressiven Irreseins haben.

Merklin-Treptow: Bemerkungen zur Paranoiafrage. M. geht von der Abgrenzung des Paranoiabildes durch Kraepelin aus, welchem das Verdienst zukommt, zwischen dem paranoischen bezw. paranoiden Symptomenkomplex und der Paranoia als eigenartiger Krankheitsform streng unterschieden zu haben. Das Paranoiabild nach Kraepelin ist zurzeit noch keine einheitliche Krankheit, umspannt eine Gruppe von psychopathischen Entwicklungsformen. Weitere Aussonderungen werden erfolgen, doch scheint es zurzeit unmöglich, die Paranoia etwa einfach zwischen den manisch-depressiven und den paranoiden Formen der Dementia praecox aufzuteilen. Es bleibt immer ein Rest eigenartiger endogener wahnbildender Krankheitsvorgänge, für welche an der Bezeichnung Paranoia festzuhalten ist. Diese Krankheitsbilder sind in den Anstalten — aber auch außerhalb derselben! — sehr selten, zudem bestehen noch offenbar durch den Volkscharakter bedingte Abstufungen der Seltenheit. Die Paranoia hat ihre Wurzel in der psychopathischen Konstitution, entwickelt sich nach M.s Material immer aus einer solchen. Es erscheint daher nicht angängig, zwischen der Par. bei Degenerierten und Nicht-Degenerierten zu unterscheiden. Die Begründung der Paranoia in der hereditären psychopath. Konstitution macht die nahen Beziehungen derselben zu hysterischen und hypochondrischen und querulierenden Symptomen-Komplexen verständlich. Die psychologische Architektonik der Paran. wird voraussichtlich noch lange nicht voll entschleiert werden können, weil ein großer Teil der für die Krankheitsentwicklung wichtigsten Vorgänge sich im Unbewußten vollzieht und von den Kranken nicht beschrieben werden kann. Stark affektbetonte Vorstellungskomplexe, welche weit zurückliegen können, bestimmen die Wahnrichtung. Das Erhaltenbleiben der Intelligenz bedarf noch weiterer Untersuchungen. Welche produktiven Leistungen können noch vollzogen werden?

M. sieht als einfachsten Typus der Paranoia den chron. kombinatorischen Verfolgungswahn an. Die mit Größenideen beginnenden und verlaufenden Fälle sind in bezug auf den Entwicklungsmodus und das Verhalten der Sinnestäuschungen eigenartig. — Der Querulantenwahn ist ein Sammelbegriff. Ganz dem Paranoiatypus entsprechende Fälle hat M. in letzter Zeit nicht beobachtet. Die chronische, halluzinatorisch-paranoide Psychose der Schwerhörigen steht der Paranoia nahe, ist aber abzutrennen, weil ihre Wurzel nicht so deutlich in die psychopath. Konstitution zurückführt und das Wahnsystem sich durch seinen monotonen, wenig progressiven Charakter auszeichnet. Eine andere große Gruppe ebenfalls mit andauernden Halluzinationen und langem Erhaltenbleiben der Intelligenz bedarf weiterer Klärung. Bei manchen dieser Fälle findet sich schließlich doch ein alkoholischer Ursprung und sie scheiden vollständig aus.

M. glaubt nach seinen Beobachtungen, daß auch bei der Paranoia ganz allmähliche Übergänge von der paranoischen Konstitution zur ausgesprochenen Paranoia hinüberführen. Es gibt Menschen, die sich sozusagen ihr ganzes Leben auf dem Wege zur Paranoia befinden. Bei ihnen können akute Schübe zur Entwicklung kommen, welche ohne Zwang als abortive bezw. rudimentäre Paranoia aufgefaßt werden dürfen. Im Intervall ist der paranoische Charakter noch deutlich nachzuweisen. Auch für die chron. Fälle bedarf es zurzeit noch der Kenntnisnahme eines länger ausgespannten Lebens- bezw. Krankheitsverlaufs, bevor die Paranoiadiagnose ohne Vorbehalt gestellt werden kann.

An der Diskussion beteiligen sich Prof. Dr. Meyer und Generaloberarzt Dr. Rothamel.

— **Die Wirkungen des Alkoholismus.** In der württembergischen Landtagskammer wurde vor wenigen Wochen eine interessante Debatte über den Alkohol abgeführt. In Verhandlung stand der Kommissionsantrag, dem schwäbischen Gauverbande gegen den Alkoholismus und dem Württemberg. Landesverbande des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke eine Subvention aus Landesmitteln von 1500 Mark zu gewähren. Besonders bedeutungsvoll waren die Reden der Abgeordneten Dr. Bauer und Lindemann. Ersterer wies nach, daß es durch Beseitigung des Alkoholismus möglich wäre, eine ganze Irrenanstalt im Lande Württemberg zu ersparen, wobei er den Prozentsatz der durch Alkoholismus verschuldeten Geisteskranken sehr vorsichtig mit nur 15% annahm. Nach Direktor Sichard waren von den seiner Aufsicht unterstellten Zuchthaussträflingen 29,5% Gewohnheitstrinker, von den Brandstiftern 34, von den Sittlichkeitsverbrechern 36%.

Der Landtag beschloß, die Subvention auf 2000 M. zu erhöhen, die gleichmäßig unter die Antialkohol-organisation des Landes zu verteilen sind.

Aus: Korrespondenz für die deutsche medizinische Presse. Im Auftrage des Vorstandes des Vereines abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes herausgegeben von Dr. A. Holitscher, Geschäftsführer des Vereines abst. Ärzte des deutschen Sprachgebietes, Pirkenhammer bei Karlsbad.



Referate.

— Epilepsia, revue internationale Trimestrielle, consacrée à l'étude au point de vue pathologique, thérapeutique, social et juridique de l'Epilepsie et des Maladies nerveuses du même ordre sous le patronage de M. M. W. Bechterew; O. Binswanger; J. Hughlings Jackson; L. Luciani; H. Obersteiner; F. Raymond. Comité de la redaction M. M. Bruns, Claude, Spratling, Aldren Turner, Donath, Muskens. Amsterdam, Scheltema & Holkemas Boekhandel. Verlag für Deutschland, Österreich-Ungarn und die Schweiz: Joh. Ambr. Barth, Leipzig. 1. année. Fascicule 1.

Gerade auf dem Gebiet der Epilepsie wird nach sehr verschiedenen Gesichtspunkten wissenschaftlich gearbeitet. Anatomische und physiologisch-chemische Untersuchungen sind in neuerer Zeit von beachtenswertem Erfolge gewesen. Der großen gerichtlich-medizinischen Wichtigkeit der Epilepsie wird man immer mehr gerecht; handeln doch nicht wenige Verbrecher in epileptischen Verstimmungen oder Dämmerzuständen, in durch die Epilepsie veranlaßter Reizbarkeit oder in epileptischem Schwachsinn. Und auch die therapeutischen Bestrebungen versprechen Erfolg.

Zahlreiche Ärzte haben der Krankheit ihre besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Schon Hippokrates hat ja über die heilige Krankheit eine wichtige Abhandlung geschrieben. Zum Verständnis des Gebarens mancher historischer Persönlichkeiten ist die Tatsache von Bedeutung, daß epileptische Krankheit das Seelenleben beeinflußt hat. Große Forscher haben die Differentialdiagnose zwischen der reinen Epilepsie und zahlreichen anderen Krankheiten, bei denen Krämpfe auftraten, geklärt. Unabsehbar ist die Zahl der Veröffentlichungen in neuerer Zeit.

Unter diesen Umständen ist die Gründung einer eigenen Zeitschrift, in der alle Beobachtungen über die Menschen wie Tiere befallende, schwere Krankheit vereinigt werden sollen, freudig zu begrüßen. Bedenkt man den großen Einfluß der erblichen Belastung bei der Epilepsie und den Wert prophylaktischer und rassenhygienischer Maßnahmen auf die Verhütung des Leidens, berücksichtigt man die Rolle unrichtiger Ernährung und verschiedener Gifte, erwägt man, wie einzelne Fälle durch exakte Untersuchung des Zentralnervensystems der Heilung zugeführt und wie auch Tierexperimente bei dieser Krankheit herangezogen werden können, so ist der Nutzen internationaler Besprechung aller dieser wichtigen Fragen nicht gering anzuschlagen. Ja, es kann sehr vorteilhaft für die weitere Erkenntnis sein, die Bedingungen und Erscheinungen zu studieren, unter denen die Epilepsie innerhalb verschiedener klimatischer und geologischer Verhältnisse, bei verschiedenen Völkerrassen, unter anderen Sitten und Ernährungsverhältnissen auftritt.

Die Namen der Mitarbeiter verheißen guten Erfolg. Wir wünschen der neuen Zeitschrift weite Verbreitung und hoffen, daß sie den armen Epileptikern Nutzen bringt. Vorteilhafterweise werden auch die Verhältnisse in den Epileptikeranstalten, ihr Bau und ihre Organisation zu besprechen sein; leider gibt es ja noch viele derartige Anstalten, die der ärztlichen Leitung entbehren.

Im vorliegenden 1. Heft finden sich folgende Originalaufsätze: Raymond et Sérieux, la responsabilité et la condition sociale des épileptiques; Otto Binswanger, Aufgaben und Ziele der Epilepsiebehandlung; Emil Redlich, Bemerkungen zur Alkoholepilepsie; Muskens, Prodromal motor, sensory and other symptoms and their clinical significance. G. Ilberg.

— The forty-ninth Annual Report of the medical Superintendent of the Matteawan State Hospital N. Y. for the year ending September 30. 1908 berichtet über folgende Krankenbewegung im abgelaufenen Berichtsjahre:

	M.	Fr.	Z.
Verblieben am 1. Oktober 1908	586	110	696
Aufgenommen	69	27	96
Verpflegt wurden	655	137	792

Durchschnittszahl der täglich Verpflegten ist 717,382. Der Belagraum des Spitals ist 550. Es besteht also ein großer Überbelag, welcher jährlich wächst, denn auch im verflossenen Berichtsjahre ist die Durchschnittszahl der täglich Verpflegten um 25 größer gegen das Vorjahr, weshalb der Superintendent an die bauliche Ausgestaltung der zweiten Verbrecherirrenanstalt Dannemora erinnert.

Entlassen wurden als:

Geheilt	14	6	20
Gebessert	11	4	15
Ungebessert	5	—	5
Nicht geisteskrank	—	1	1
Gestorben	13	5	18
In Abgang gebracht	43	16	59
Also verblieben am 30. Sept. 1908	612	121	733

In Prozenten ausgedrückt wurden geheilt 2,525 von den gesamten und 2,787 der durchschnittlich täglich Verpflegten und 20,833 % der neu Aufgenommenen.

Unter dem Titel Habeas corpus bespricht der berichtende Superintendent 43 Fälle, welche in Beobachtung standen auf Grund von Haftbefehlen, und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Geisteskranke selbst und seine Familie leiden unter dem gegenwärtigen Habeas-corpus-Verfahren mehr, als es der Fall wäre, wenn den Anstaltsärzten erlaubt würde, ihr eigenes Urteil zur Geltung zu bringen.

2. Durch die jetzige Art, die Fälle zu untersuchen, überkommt das Publikum ein ungerechtfertigtes Gefühl des Verdachtes und Mißtrauens gegen sein eigenes Institut.

3. Ein deutlicher Wechsel in der Art der Untersuchung im Habeas-corpus-Verfahren ist einer baldigen Beachtung und Behandlung wert.

Die Kosten der Behandlung der Kranken pro Kopf und Jahr sind auf 191,834 gegen 194,54 Dollars



des Vorjahres zurückgegangen. Dabei warnt der Superintendent mit Recht vor weiteren Reduzierungen, da bei der gleichbleibenden bewilligten Gesamtsumme von 135 000 Dollars für das kommende Berichtsjahr dieses bei dem fortwährenden Steigen der Marktpreise aller Bedarfsartikel ohne Fehlbetrag wird nicht abschließen können — Sunt denigne fines parsimoniae.

Übersichtliche und gut gearbeitete statistische Tabellen lassen einen genauen Einblick in die ärztliche und administrative Gebarung der vorzüglich verwalteten Anstalt zu.

Die Farm lieferte Produkte im Werte von 10 121,59 und die Gemüse- und Obstgärten Gemüse und Obst im Werte von 3 580,01 oder zusammen 13 701,60 Dollars*), Summen, welche die gut verwertete Arbeitskraft der Kranken in der in der Anstalt gepflegten Arbeitstherapie klar vor Augen führen.

Dr. Anton Hockauf.

— Näcke-Hubertusburg, Medizinalrat Dr. P., Über Familienmord durch Geisteskranke. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1908.

Verf. kommt in seinem hochinteressanten Buche zu folgenden Untersuchungsergebnissen:

1. Die Familienmorde überhaupt, besonders aber durch Geisteskranke, scheinen zugenommen zu haben.

2. Man kann einen „vollständigen" vom „unvollständigen" Familienmord unterscheiden. Der erstere, wenn alle Familienmitglieder, eventuell inklusive der Täter, getötet wurden. Er scheint bei geistig oder anscheinend geistig Gesunden häufiger zu sein als bei Geisteskranken; der „unvollständige" Familienmord dagegen mehr bei Irren.

3. Ob mehr Männer als Frauen die Täter sind, ist zurzeit nicht zu sagen.

4. Sie stehen aber beide meist in der Blüte der Jahre.

5. Bei Männern und Frauen betragen die vollendeten Morde doppelt soviel als die Mordversuche. In den unteren Volksschichten geschehen sie auch relativ häufiger.

6. Die Opfer sind bei den Männern in der Mehrzahl die Ehefrau, bei der Frau die Kinder, besonders das jüngste. Für die Ehefrau ist also der Mann, für die Kinder die Frau am gefährlichsten.

7. Bei den Männern wurden meist scharfe und stumpfe Schlaginstrumente, dann Schuß- und Stichwaffen zur Tat gebraucht, bei den Frauen dagegen geschah dieselbe mit dem Messer oder durch Erwürgen.

8. Die Motive zur Tat sind sehr schwer sicher festzustellen. Eifersucht ist durchaus nicht für die Säufer pathognomisch. Sehr oft ging Streit nach Alkoholgenuß der Tat voraus.

9. Bei den Männern kamen der Häufigkeit nach chron. Alkoholismus, Paranoia und Epilepsie am meisten in Betracht, bei den Frauen Melancholie, Paranoia und Dementia praecox.

10. Die erbliche Belastung (sicher oder wahrscheinlich) betrug bei den Männern zirka 75%, bei den Frauen 95%, also viel mehr als bei den anderen Geisteskranken, und dasselbe ließ sich auch von der angeborenen abnormen Anlage sagen. Die Familienmörder scheinen also entarteter zu sein als die anderen Irren.

11. Gerade der Familienmord zeigt uns die engen Beziehungen zwischen Verbrechen und Wahnsinn, ihre gemeinsame Wurzel, ohne daß aber beide identisch wären.

12. Prophylaktisch läßt sich vielleicht auch gegen den Familienmord ankämpfen.

Plesch-Hubertusburg.

*) 1 Dollar = 4 Mark = 5 Kronen.

Personalnachrichten.

— **Neustadt i. Holst.** Herr Dr. Lütgerath, bisheriger zweiter Hilfsarzt an der hiesigen Anstalt, ist vom 1. ds. Mts. an die Provinzial-Idioten-Anstalt in Schleswig versetzt und mit der Verwaltung der dortigen Stelle eines zweites Arztes betraut.

☛ Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Elberfeld, betr. „Veronal" bei, den wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 22. 21. August **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Artikel: Ueber die Sachverständigentätigkeit bei zweifelhaften Geisteszuständen. Von Dr. Jacob Fischer, Primararzt zu Pozsony. (S. 185.) — Anstaltstechnische Neuheiten und Fortschritte: Die Dauerbäder der Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M., ihre Einrichtung und ihr Betrieb. Von Dr. med. Hans Wachsmuth, Oberarzt an der städtischen Irrenanstalt. (S. 188.) — Mitteilungen (S. 195): Zur Geschichte der Düsseldorfer Departemental-Irrenanstalt. Sozialhygienische Kastration. Behandlung geisteskranker Arrestanten in Rußland. Ein psychiatrisches Nachrichtenbureau. Heilverfahren für Alkoholkranke durch Landesversicherungsanstalten. — Personalnachrichten (S. 196.)

Über die Sachverständigentätigkeit bei zweifelhaften Geisteszuständen.

Vortrag, gehalten am III. internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien.

Von Dr. *Jakob Fischer*, Primararzt der psychiatrischen Abteilung des kgl. ungar. Staats-Krankenhauses zu Pozsony (Preßburg).

Meine Herren! Den größten Schwierigkeiten begegnet der psychiatrische Sachverständige pro foro in jenen Fällen, die wir als Grenzfälle zu bezeichnen pflegen, wo es sozusagen der individuellen Erwägung anheimgestellt ist, ob wir den Fall noch als psychisch gesund oder schon als psychisch krank beurteilen. Ich meine hier nicht nur jene Fälle, wo die psychopathisch Minderwertigen mit den Strafgesetzen in Konflikt geraten und für welche die den modernen psychiatrischen Anschauungen Rechnung tragende Rechtspflege das Prinzip der verminderten Zurechnungsfähigkeit geschaffen hat.

Ich meine hier besonders jene Fälle von beginnenden senilen Involutionserscheinungen des Gehirns oder von Abnahme einzelner geistigen Fähigkeiten nach leichtern apoplektischen Insulten oder von Fällen der Imbezillität leichtern Grades, wo es hauptsächlich sich um vermögensrechtliche Fragen handelt und wo die Beurteilung schon deshalb eine schwierige ist, weil wir ja nur mit relativen Begriffen rechnen müssen, und die Auffassung, ob z. B. eine Demenz relativ größer oder kleiner ist, ob sie im gegebenen Falle, sagen wir zur Festsetzung eines letzten Willens, noch ausreicht oder den Betreffenden dazu schon nicht mehr fähig macht, individuell eine verschiedene sein kann.

In einem derartigen Prozesse äußerte sich ein Sachverständiger wie folgt: „Wenn ich aus dem Resultate meiner Untersuchung einen Schluß ziehen soll, so kann ich nur erklären, daß die Beantwortung der Zurechnungsfähigkeit der persönlichen Auffassung des betreffenden Psychiaters untersteht, und sie kann meiner Ansicht nach von dem einen bejahend, von dem andern verneinend beantwortet werden."

Wie aufrichtig und treffend dieses Gutachten des betreffenden Sachverständigen war, konnte das Gericht bald aus dem Gutachten zweier anderer psychiatrischer Sachverständigen ersehen, die in demselben Prozesse ihre Meinung abgaben, den Betreffenden zu gleicher Zeit beobachtet hatten, und während der eine „keine Störung in der Intelligenz, keine Erscheinungen von Schwachsinn oder Demenz und auch sonst keine psychischen Anomalien gefunden hat, welche auf eine Störung der Gehirntätigkeit hinweisen würden", konstatierte der zweite: „Gedächtnisabnahme, hochgradige Geistesschwäche und eine sehr weit vorgeschrittene Gehirnaffektion".

Ich glaube, daß so weit auseinandergehende Meinungsunterschiede zwischen Gutachten von Psychiatern nicht vorkommen dürften, und daß in dem einen oder in dem andern Gutachten der Befund auf Kosten der Objektivität eine individuelle Färbung angenommen hat.

Ich hob diesen Fall deshalb besonders hervor, weil, wie ich betonte, beide Gutachten von Psychiatern, und zwar von solchen akademischen Grades herstammen. Und wenn solche Meinungsunterschiede schon bei Psychiatern vorkommen, wie sieht es erst aus in jenen Gerichtssprengeln, wo keine psychiatrisch genügend vorgebildeten Ärzte als Sachverständige fungieren, deren Gutachten dann der Ausgangspunkt eines gerechten Urteilsspruches sein soll!

„Inculpat", heißt es in einem solchen Gutachten, „leidet an einer pathologischen Reaktion seines Ge-



mütes, an einer ethischen Hyperästhesie, durch Überwertung seines eigenen Ichs stand er unter Zwang und mußte mit jenen Verhältnissen in Kollision geraten, welche Verhältnisse das Kriterium der gesellschaftlichen Ordnung ausmachen."

Ein anderer Sachverständiger gab über einen Müllergehilfen, der eine Mühle anzündete, ein Gutachten ab, daß derselbe geistesgesund sei, da er auf 62 Fragen, die im Gutachten reproduziert werden, richtig geantwortet habe, besonders stützt sich das Gutachten auf die korrekte Beantwortung der Fragen, „ob er zwischen dem Guten oder dem Bösen das Gute oder das Böse wähle und ob er das Brandstiften für gut oder schlecht halte". Dieser Müllergehilfe litt, wie es sich bei einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung herausstellte, an angeborenem hochgradigen Schwachsinn, und ich konnte dem Gerichtshofe durch Vorführung eines neunjährigen Knaben demonstrieren, daß derselbe diese 62 Fragen noch korrekter beantwortet hat wie der 32jährige Müllergehilfe.

Der Meinungsunterschied in den von Psychiatern abgegebenen Gutachten wird keinem rechtlich denkenden Menschen Bedenken aufkommen lassen, doch nur in der Voraussetzung, daß den nachweisbaren abnormen oder wenigstens als solchen geltenden Erscheinungen in beiden Gutachten in objektiver Weise Rechnung getragen wird und die Meinungen nur bei Bewertungen dieser Erscheinung auseinandergehen.

Wenn wir nun diejenigen Grenzgebiete, die zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit liegen, näher besichtigen, so werden wir finden, daß die Fälle, die in diesem Gebiete liegen, mit gewissen leichteren oder schwereren Störungen des Nervensystems behaftet sind, deren Einfluß auch auf die Erscheinungen des geistigen Lebens sich in einem gewissen Grade bemerkbar macht. Ich will nur hier die hysterischen, neurasthenischen Individuen hervorheben, die bei eventuell ganz intakter Intelligenz in ihren Handlungen unter dem Einflusse ihres hysterischen oder neurasthenischen Charakters stehen können, welche dann denselben auch ein eigenartiges impulsives Gepräge geben. Für diese Fälle hat ja das Strafgesetzbuch in weiser Voraussicht die Latitude in der Strafbemessung bestimmt, wie ja z. B. der Motivenbericht des ungarischen Strafgesetzbuches dies in folgender Weise zum Ausdruck bringt:

„Es sind Fälle möglich, in welchen der Inkulpat sein Delikt wissentlich und aus freiem Willen begangen hat, er besaß die Fähigkeiten, das Strafbare seines Vorgehens zu erkennen, und auch sein freier Wille war nicht derartig gehemmt, daß ihn die Schuld nicht träfe, daß er sich unter den obwaltenden Verhältnissen für die Verletzung seiner Pflichten entschlossen hat, und dennoch bieten sein Alter, sein Seelenzustand oder andere äußere Verhältnisse solche beachtenswerten Momente, die nach den Prinzipien einer gerechten Retribution es unmöglich machen, daß ein unter derartigen Umständen begangenes Delikt mit derselben Strafe bemessen werde als ein anderes, das nicht unter ähnlichen Antezedenzien begangen wurde. In diesen Fällen vermindert sich wohl nicht die Zurechnungsfähigkeit bezüglich des Deliktes, wohl aber das Maß der Strafbarkeit."

Zu den Grenzfällen können wir auch die Fälle von moralischem Schwachsinn oder im weiteren Sinne des Wortes von Imbezillität leichteren Grades rechnen. Hereditätsverhältnisse und degenerative Zeichen werden wir allein noch nicht als Beweis einer wenn auch leichteren psychischen Störung gelten lassen. Diese soll uns nur mehr darauf aufmerksam machen, ob wir im gegebenen Falle nicht auch derartige Störungen auf psychischem Gebiete finden, die, wenn sie auch noch nicht auf pathologischer Höhe stehen, dennoch den Willen des Betreffenden auf eine Weise beeinflussen können, die ihn gegenüber von psychisch ganz gesunden Menschen in Nachteil versetzen.

Groß ist die Zahl dieser psychopathischen Minderwertigen in foro, und man wäre sehr leicht versucht, sie alle unter das Dach der verminderten Zurechnungsfähigkeit zu bringen, wenn sie sich bei objektiver und gerechter Beurteilung der Erscheinungen dort unterbringen ließen. Auch hier werden wir solche Fälle finden, für die in der Latitüde in der Strafbemessung schon vorgesorgt wurde, wo wir der verminderten Zurechnungsfähigkeit entbehren können und wo wir durch Hinweis auf die psychische Sonderart des Inkulpaten den Richter für die mildere Auffassung und Beurteilung des Falles stimmen können. Überhaupt wären bei Einführung des Prinzipes der verminderten Zurechnungsfähigkeit in die Rechtspflege gleichzeitig unbedingt auch die entsprechenden Anstalten zu errichten, denn daß diese Individuen in den Rahmen unserer heutigen Irrenanstalten nicht passen, das dürfte wohl jedem von uns klar sein. Der vollständige Mangel der Einsicht, daß sie krank seien, der unbestimmte Termin, wielange sie sich in einer solchen Anstalt aufzuhalten haben, macht sie zu den unzufriedensten Insassen der Anstalten, und sie trachten zu entkommen, was bei der modernen freieren Behandlung, die jetzt in den Anstalten üblich ist, relativ keine schwere Sache ist. Solche Individuen gehören in genau zu diesem Zwecke eingerichtete

Anstalten, wo sie zwar unter ärztlicher Aufsicht und Leitung stehen, doch muß die Bewachung der Anstalt resp. der Kranken den Strafanstalten ähnlich sein, sie müssen unter strengerer Disziplin stehen und auch die Bemessung der Strafzeit müßte eine dem Delikte entsprechende sein, nur mit dem Vorbehalte, daß nach Ablauf dieser Frist die Freilassung von der eventuell eingetretenen Besserung im Zustande des Betreffenden abhängt.

Ich möchte hier noch speziell der sexuellen Delikte Erwähnung tun, da deren forensische Bewertung verschieden zu sein pflegt. In einer Arbeit, in welcher ich über diese sexuellen Delikte schrieb, setzte ich schon auseinander*), daß, wenn wir vom forensischen Standpunkte die Bedeutung der sexuellen Perversitäten ergründen wollen, wir uns vor allem mit der Frage befassen müssen, in welchem Zusammenhange die sexuelle Funktion mit der Gehirntätigkeit steht. Sicher ist, daß hier eine wechselseitige Beeinflussung vorliegt. Ich will nur auf die tägliche Erfahrung hinweisen, daß entsprechende Lektüre oder Bilder auf die Libido sexualis reizend einwirken und daß wieder die Libido sexualis manche unserer Worte, Taten und Handlungen beeinflußt, während der sexuelle Akt eine Nervenerregung verursacht, nach welcher eine Erschlaffung der Nerven folgt. Aber gerade die Erfahrung lehrt auch, daß bei geistig gesunden Individuen, speziell was die Wirkung der sexuellen Handlung auf die Gehirntätigkeit anbelangt, dieselbe nie so groß ist, daß sie denjenigen, der seine sexuelle Libido zu befriedigen im Begriffe ist, in der Beurteilung dessen hindert, daß die Umstände, die Gesellschaft, die Gesetze gewisse Schranken gezogen haben, die er nicht überschreiten kann, ohne daß er sich oder einem andern Unannehmlichkeiten, ja auch eventuell größeres Unheil schaffen würde. Wenn also ein geistig Gesunder diese Grenzen, weil er seiner Libido nicht genügend Widerstand leisten wollte, überschreitet, so wird er im gegebenen Falle die Konsequenzen davon tragen müssen, und wir werden nicht einmal eine gesteigerte Libido sexualis als Milderungsgrund seiner Verantwortung annehmen können, da auch diese gesteigerte Libido bei Geistesgesunden keine Geistesstörung hervorrufen kann. Anders verhält es sich — immer eine normale sexuelle Veranlagung vorausgesetzt —, wenn wir es mit geisteskranken oder geistesschwachen Individuen zu tun haben, die entweder die Grenzen nicht beurteilen können, oder die die Widerstandsfähigkeit gegenüber Versuchungen jeglicher Art eingebüßt haben. In allen diesen Fällen werden wir aber imstande sein, die Geisteskrankheit resp. die Geistesschwäche und dadurch auch die Ursachen der sexuellen Delikte klarzulegen.

*) A nemi perversitások törvényszéki szempontból. Budapest, Gyógyászat, 1905.

Wie steht die Sache nun mit den perversen sexuellen Delikten, sei die Perversion eine angeborene oder die Perversität eine erworbene. Die Erfahrung lehrt, daß die Libido bei diesen an abnormen sexuellen Gelüsten leidenden Individuen nicht größer ist als bei sexuell gesund Veranlagten. Doch angenommen, sie wäre größer, so sind auch die Hemmnisse größer, die gegen ihre Befriedigung die Gesellschaft und die Gesetzgebung geschaffen haben. Daraus folgt, daß denjenigen, bei denen die pathologische sexuelle Veranlagung oder die Gelüste nach perverser sexueller Befriedigung als eine isolierte Erscheinung vorhanden ist, die sonst geistig gesund sind, volle Verantwortung für ihre Tat zusteht, da sie ja in der Beurteilung der Umstände, wie weit sie in der Befriedigung ihrer sexuellen Libido gehen können, in keiner Weise gehemmt sind. Anders verhält es sich auch hier, wenn wir es mit einem psychopathischen Individuum zu tun haben, das dem sexuellen Reize nicht widerstehen kann, entweder weil es die Hemmnisse nicht bewerten kann oder weil es seine Widerstandsfähigkeit eingebüßt hat. Es erfolgt also daraus die Lehre, daß in allen noch so krassen Fällen der sexuellen Perversion das Delikt selber zur Beurteilung des Geisteszustandes des Betreffenden nicht genügend ist, sondern wir müssen in jedem Falle den Nachweis erbringen, ob auch andere pathologische Erscheinungen des Geisteszustandes vorhanden sind.

Der größte Teil der sexuellen Delikte fällt bekanntlich auf das beginnende Greisenalter. Hat doch erst jüngst Aschaffenburg*) auf die statistische Tatsache hingewiesen, daß von den verschiedenen Delikten, die im Alter von 70 Jahren angefangen begangen werden, 23,8% auf Sittlichkeitsdelikte fallen. „Die Rückbildung des Gehirns im hohen Alter ist eine Erscheinung, die früher oder später bei jedem, der lange genug lebt, eintritt. In ihren rechtlichen Erscheinungen und Folgen aber", sagt Aschaffenburg, „unterscheidet sie sich in nichts von den anderen Formen des geistigen Zerfalles." Wie richtig auch diese Bemerkung ist, muß doch zugegeben werden, daß, wo diese Rückbildung erst im Beginne ist, wo die senilen Involutionserscheinungen noch nicht ausgeprägt sind, wo aber doch schon leichtere Störungen vorhanden sind, daß auch diese Fälle in das Grenzgebiet fallen, und daß die Bewertung dieser Erscheinungen hauptsächlich davon abhängt, ob der Be-

*) Aschaffenburg, Das Greisenalter in forensischer Beziehung. Münchener mediz. Wochenschrift, Nr. 38, 1908.

treffende sich seiner Schwächen bewußt ist, die Korrektion dieser in irgendeiner Weise vornehmen kann. Dies gilt auch für jene Fälle, wo nach apoplektischen Insulten oder beginnenden arteriosklerotischen Atrophien Abnahme einzelner geistiger Fähigkeiten vorkommt. Wir sehen oft, daß die Betreffenden, die z. B. an Gedächtnisschwäche leiden und dessen bewußt sind, durch Aufzeichnungen oder Nachfragen sich behelfen, so wie ein Hinkender sich der Krücke bedient, um das Gehen sich zu erleichtern. Speziell in vermögensrechtlicher Beziehung sind diese Fälle von Wichtigkeit, da oft z. B. testamentarische Verfügungen angefochten werden, wo der Sachverständige leider nur aus Akten auf Grund von Zeugenaussagen sein Urteil abgeben muß. Was für einen schwankenden Boden die von beiden Seiten beeinflußten Zeugen als Grundlage für das Gutachten bieten, brauche ich wohl nicht des näheren zu beleuchten. Doch auch hier werden wir uns der größten Objektivität befleißigen und unsere Meinung abgeben, wenn wir in der Lage sind, es auf Grund nachweisbarer Daten zu motivieren, und wir werden uns nicht scheuen einzugestehen, daß wir auf Grund des uns zur Verfügung gestellten Materials nicht imstande sind, ein bestimmtes Gutachten abzugeben, da ja auch der Richter oft in die Lage versetzt ist, auf Grund ungenügender Beweise von einem Urteilsspruche abzusehen. Nach Schluß dieser meiner Arbeit las ich in einem Begrüßungsartikel der „Neuen Freien Presse“, welchen Herr Oberstaatsanwalt Dr. Hugo Hoegel in einer sehr sympathischen Weise unserem Kongresse widmete, folgende Zeilen, die sich mit meinen obigen Ausführungen decken: „Muß einerseits vom Rechtsstandpunkte darauf Gewicht gelegt werden, daß jede Diagnose, die rechtliche Konsequenzen nach sich zieht, auf unbedingt sicherer Beweisgrundlage abgegeben werde, so darf andererseits den Psychiatern nicht zum Vorwurf gemacht werden, wenn sie mangels einer solchen Grundlage in einzelnen Fällen eine bestimmte Antwort zu geben außerstande sind. Sie befinden sich in allen Fällen dieser Art in der gleichen Lage wie der Strafrichter, der ungeachtet vorhandener Verdachtsgründe mit dem Schuldspruche nicht vorzugehen wagt.“

Zum Schlusse lassen Sie mich wiederholen, daß in den zweifelhaften Geisteszuständen der sogenannten Grenzfälle die Bewertung der einzelnen Krankheitserscheinungen wohl eine verschiedene sein kann, doch müssen wir uns befleißigen, die Krankheitserscheinungen mit einer naturwissenschaftlichen Objektivität zu fixieren und genauestens zu prüfen, ob und in welchem Grade diese Erscheinungen die Handlungen des Betreffenden beeinflußt haben. Nur so werden unsere Gutachten an Wert gewinnen, und wenn auch Meinungsverschiedenheiten, da wir doch nur mit relativen Werten arbeiten, nicht umgangen werden können, werden sie doch nicht so kraß einander gegenüber gestellt werden können, daß sie, wie wir es leider oft sehen, zu verschiedenen Deutungen Anlaß geben könnten, und auch dem Richter ermöglichen wir es, sich bei Meinungsverschiedenheiten jenem Gutachten anzuschließen, das auf Grund der beschriebenen Symptome ihm am motiviertesten erscheint.

Anstaltstechnische Neuheiten und Fortschritte.

Die Dauerbäder der Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M., ihre Einrichtung und ihr Betrieb.

Von Dr. med. *Hans Wachsmuth*, Oberarzt an der städt. Irrenanstalt.

Wenn ich über unsere Dauerbäder berichte, so bin ich mir bewußt, daß ich wohl für die Mehrzahl der Psychiater nichts Neues bringen werde, daß die ganze Frage nicht mehr sehr aktuell ist, immerhin aber ist mir die Tatsache, daß ich von der Redaktion dieses Blattes zur Bearbeitung des Stoffes aufgefordert bin, und die weitere Tatsache, daß wir hier bei den zahlreichen Besichtigungen unserer Bäder nach vielen technischen und medizinischen Details gefragt werden, ein Beweis dafür, daß ein gewisses Bedürfnis vorhanden ist, eine etwas ins Einzelne gehende Beschreibung der hiesigen Verhältnisse zu geben.

Wer in den Zeitungen verfolgt hat, was für abenteuerliche Vorstellungen in Laienkreisen über diese „moderne Irrenhausfolter“ bestehen, ich erinnere an den in Berlin im November 1908 spielenden Prozeß Lubecki, wird vielleicht sogar zu der Ansicht kommen, es müßte in der Tagespresse noch mehr erörtert werden, wieviel Mühe und Kosten diese moderne Art der Behandlung macht und welchen Segen sie bringt.



Die Einrichtung unserer Dauerbäder ist mit erheblichen Mehrausgaben des Anstaltsbetriebes verknüpft; es wird gegen früher täglich eine bedeutend größere Wassermenge konsumiert, das Erwärmen des Wassers war nur möglich durch das Aufstellen eines

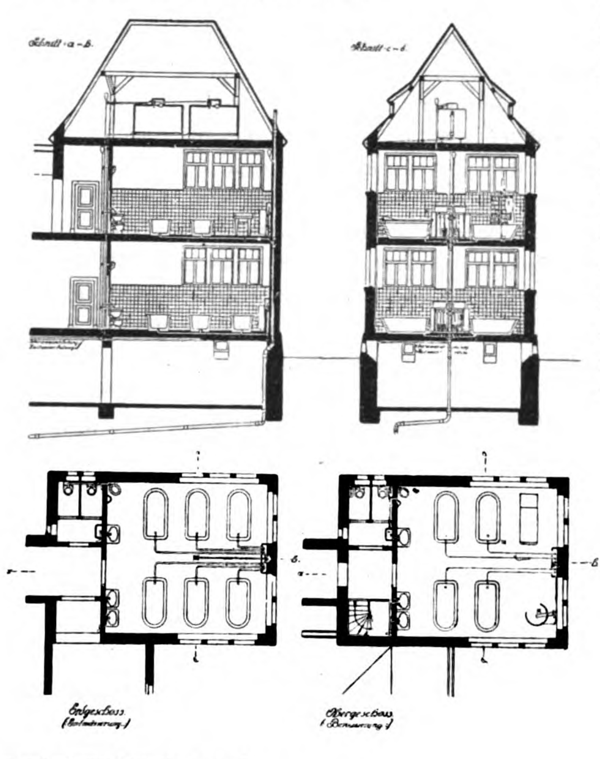


Abb. 1.

neuen Kessels, das Maschinistenpersonal mußte vergrößert werden, die Überwachung der Kranken in den Dauerbädern erfordert auf eine kleine Zahl von Kranken eine verhältnismäßig große Anzahl von Pflegepersonal, die ärztliche Kontrolle ist dementsprechend ebenfalls eine intensivere.

Wir sehen ab von den Einzelbädern, die ja von jeher in allen Abteilungen waren und auch heute noch dort unentbehrlich sind.

Den Anforderungen entsprechend haben wir drei Gruppen von Dauerbädern sowohl auf der Männer- wie auf der Frauenseite.

1. Dauerbäder mit ununterbrochenem Tag- und Nachtbetrieb je eins auf der Unruhigen-Männer- und -Frauen-Abteilung mit je sechs Badewannen (E und e),

2. Dauerbäder mit ununterbrochenem Betrieb bei Tage für ruhige, sieche Kranke, je eins auf der Männer- und Frauenseite mit je sechs Wannen (C I und c I),

3. Dauerbäder, die bei Tag nur stundenweis in Betrieb sind, je eins auf der Männer- und Frauenseite mit je vier Wannen (C II und c II).

Die Dauerbäder in E und e sind in die Abteilungen eingebaut; bei den Neubauten in C I, C II, c I, c II handelt es sich um einen Anbau, welcher im Jahre 1906 fertig und in Betrieb genommen wurde, vorher bestanden schon Dauerbäder in E, e, C I, c I seit dem Jahre 1899, diese wurden 1903 umgebaut.

Bei dem Anbau an C I, C II, c I, c II (Abb. 1) sind sechs Badewannen im Erdgeschoß (C I, c I) und vier Wannen im Obergeschoß aufgestellt. Gleichzeitig befindet sich noch im Obergeschoß eine Massagebank und eine Brause, welche als Kopf-, Ring- und Afterdusche Verwendung finden kann. Die Badewannen sind von der Firma Troyford in Ratingen bei Düsseldorf geliefert und sind aus einer Mischung von deutschem und englischem Feuerton hergestellt. Die Wannen, einschließlich Wulst, sind inwendig glasiert,

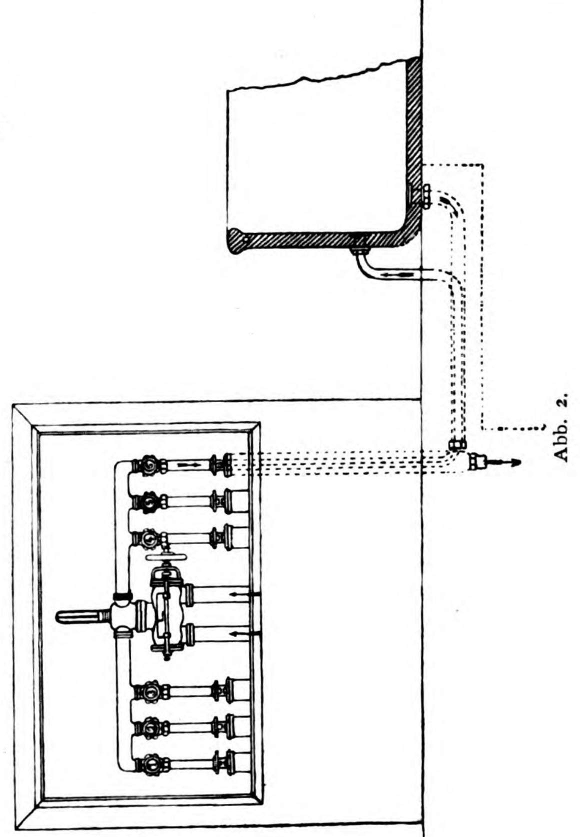


Abb. 2.

außen mit Emaillack gestrichen. Der Einzelpreis der Wannen beträgt 350 Mark, ohne Anschluß an die Leitungen. Im Gebrauch haben sich diese Wannen außerordentlich gut bewährt, auch auf den Unruhigen-

Abteilungen, so daß anzunehmen ist, daß sie rentabler sind als billigere Fabrikate.

Die Wannen sind direkt auf die Eisenbetondecke gesetzt und um eine Plattenstärke in den Fußboden versenkt.

Sämtliche Wannen in einem Stockwerk lassen sich von einer Zentralmischbatterie aus füllen und entleeren. (Abb. 2.)

Die Zu- und Leerlaufleitungen bestehen aus galvanisierten Eisenrohren und sind in den Fußboden versenkt. Die Leerlaufleitungen gehen getrennt zum Hauptabflußrohr, damit nicht Verunreinigungen aus einer Badewanne die Abläufe der andern Wannen funktionsunfähig machen. Es fragt sich, ob man bei Neuanlagen die Rohrleitungen nicht unterhalb der Decke anbringt, um das Aufreißen des Fußbodens bei Rohrverstopfungen zu vermeiden, jedoch fehlen mir darüber die Erfahrungen. Die Zentralmischbatterie dient zur Mischung des kalten und warmen Wassers an einer Zentralstelle für mehrere Entnahmestellen (Wanne oder Brause) und zur Entleerung der sämtlichen Wannen. Da die Kaltwasserzuleitung der Batterie an das städtische Röhrennetz, welches Druckschwankungen unterworfen ist, angeschlossen ist, die Warmwasserzuleitung dagegen durch Anschluß an das Warmwasserreservoir einen konstanten Druck hat, so ergibt sich im Mischapparat ein ungleichmäßiger, schwankender Druck. Da aber ein Mischen des kalten und warmen Wassers nur bei annähernd gleichem Druck erreichbar ist, so wird durch teilweises Schließen eines in der Kaltwasserleitung vor dem Mischapparat eingebauten Durchgangsventils der Druck so weit abgedrosselt, bis annähernd gleicher Druck während der Wasserentnahme in den Zuströmungen zum Mischapparat herrscht. Dieser Notbehelf genügte bei der Anlage in der Unruhigen-Abteilung, bei der sämtliche angeschlossene Wannen in einem Stockwerke liegen, er versagte bei der Anlage in der Ruhigen-Abteilung, bei der zwei Serien von Bädern mit je einem Mischapparat in verschiedenen Stockwerken an dasselbe Kalt- und Warmwasserrohr angeschlossen sind, deren Druck gemeinschaftlich durch das im Keller liegende, in der Kaltwasserleitung befindliche Ventil reguliert wurde. Es liegt auf der Hand, daß eine durch Drosseln mittels des Kaltwasserventils hervorgebrachte Druckgleichheit nur so lange besteht, als die Wasserentnahme gleich bleibt, aber verändert wird, wenn auf einmal in beiden Mischbatterien Wasser abläuft und ziemlich unvermittelt einige Hähne geschlossen werden. Die zu- und abfließende Wassermenge kann sich in kurzer Zeit um 100% ändern, es müssen dadurch auch Temperaturschwankungen entstehen, die erst durch eine Änderung in der Öffnung des Ventils ausgeglichen werden können. Wir haben deshalb die Kaltwasserleitung ebenfalls auf ein bereits bestehendes, in gleicher Höhe wie das Warmwasserreservoir stehendes Kaltwasserreservoir geleitet, und seit dieser Zeit ist der Druck im Kaltwasserrohrsystem der gleiche wie im Warmwasserrohrsystem. Bei Neuanlagen sollte von vornherein je ein Reservoir für kaltes und warmes Wasser in gleicher Höhe gefordert werden, wenn man eine zuverlässig funktionierende Mischbatterie haben will, die ja für einen Großbetrieb ihre erheblichen Vorteile hat. Ist ein gleicher Druck in den beiden Röhrensystemen nicht zu erhalten, so würde es sich empfehlen, auf die serienweisen Zuleitungen in die Wannen ganz zu verzichten, oder man müßte für jede Serie von Bädern ein besonderes Einstellventil vorsehen.

In unserer Anstalt sind zwei Systeme von Mischbatterien in Gebrauch, welche auf dem gleichen Prinzip beruhen und ungefähr gleich konstruiert sind. Die erste ist eine Batterie mit Hebel; sie befindet sich auf den Unruhigen-Abteilungen und hat sich dort als brauchbar erwiesen. Die zweite zeigt im wesentlichen die gleiche Anordnung der Rohre, nur statt des Hebels ein Kurbelrad; beide sind aus der Armaturenfabrik Carl Beyer Sohn, Frankfurt a. M., geliefert. Der Preis beträgt ohne Anschluß an die Leitung 260 M.

Wie aus Abb. 2 zu ersehen ist, strömt das kalte Wasser durch K zu, das warme Wasser durch W in den Mischdom, in welchen ein Thermometer eingelassen ist. Das gemischte Wasser strömt ab und geht in besonderen, durch Hähne verschließbaren Rohrleitungen in die Wannen. Im untern Teil der Batterie sind die Abflußhähne, welche durch Hochziehen geöffnet werden. Die Wannen sowie die dazu gehörigen Zu- und Ablaufhähne tragen entsprechende Nummern.

Beim Drehen des Handrades wird zunächst nur kaltes Wasser eingelassen, während das Heißwasserventil noch versperrt ist.

Beim weiteren Drehen öffnet sich auch allmählich das Ventil für das heiße Wasser, bis die freien Ventilquerschnitte für warmes und kaltes Wasser gleich sind.

Wird nun noch weiter gedreht, so schließt sich allmählich das Kaltwasserventil, so daß in der Endstellung nur heißes Wasser austritt. Durch einmaliges Einstellen zweier auf der Ventilspindel beweglichen Muttern läßt sich vor der Endstellung jede gewünschte Maximaltemperatur des gemischten Wassers

festlegen, so daß „bei gleichbleibendem Druck in beiden Rohrsystemen“ das Verbrühen der Badenden mit Sicherheit verhindert werden kann.

Mit dem Drehen des Rades schiebt sich an der Vorderseite des Apparates parallel mit der Spindel ein Zeiger an einer feststehenden Skala: „zu — mäßig — warm“ — vorbei, so daß durch die Kontrolle an dieser Skala sowie am Thermometer die Temperatur des Bades beurteilt werden kann. Da eine große Übersetzung zwischen der Einstellkurbel und der Ventilspindel vorhanden ist, so kann die Temperatur, soweit es an der Konstruktion des Apparates liegt, sehr genau reguliert werden. Aus den oben erwähnten Nebenumständen, die aber nicht mit der Konstruktion des Apparates zusammenhängen, ist eine Nachprüfung der Badetemperatur in der Wanne mit Thermometer für uns vorläufig noch unerläßlich.

Die Konstruktion der Batterie ist einfach und solide; dem Verschleiß unterworfene Teile, Ventilspitze und Kegel, sind leicht umzuwechseln.

Der ältere Apparat mit Hebelverschluß hat unter den jetzigen Umständen noch den Vorzug, daß man bei plötzlich eintretenden Druckschwankungen oder bei einer drohenden Gefahr, welche die Anwesenheit des bedienenden Pflegers momentan anderswo erheischt, mit einem blitzartigen Ruck, was ja bei Zuständen irgendwie eintretender Bestürzung außerordentlich wertvoll ist, den Zulauf von kaltem und warmem Wasser sofort abstellen kann. Vor dem Eintritt in den Mischdom befindet sich sowohl in der kalten wie in der warmen Zuführungsleitung noch je ein Hahn, um schon von dort aus den Zufluß zu regulieren und, was das wichtigste ist, das heiße Wasser ganz auszuschalten.

Bei dem Kurbelradhahn könnte man an die Möglichkeit denken, daß eine Pflegeperson in der Bestürzung einmal in der verkehrten Richtung dreht und dadurch, statt das Wasser abzusperren, die kalte Leitung schließt und die heiße öffnet. Für die revidierende Aufsichtsperson genügt ein Blick auf den Apparat mit der Hebelvorrichtung, um sich zu überzeugen, ob die Mischbatterie in Funktion ist oder nicht, während er bei dem Kurbelrad erst näher zusehen muß, wie die Dinge liegen.

Eine Verbrühung, die leichter Natur war, kam einmal dadurch zustande, daß an der alten Mischbatterie bei geöffnetem Haupthahn beim Schließen des zu einer Wannenleitung führenden Hahnes die das Rohr verschließende Spindel brach, so daß unbemerkt heißes Wasser in die Wanne gelangen konnte. Das sind natürlich Unfälle, für die weder die Konstruktion der Anlage noch das Personal verantwortlich gemacht werden kann. Wenn nach jeder Benutzung des Apparates der Hebel senkrecht nach unten gestellt wird, ist diese Gefahr beseitigt. Um zu verhüten, daß Kranke in einem unbewachten Augenblick den Apparat in Tätigkeit setzen, ist er mit einem verschließbaren Schrank mit festen Scheiben umkleidet.

Im Baderaum befinden sich noch Waschbecken, ein freistehendes Klosett und ein Wäscheschrank.

Die Waschbecken haben Kalt- und Warmwasserausläufe; Auslaufhähne und Wandanschlüsse bestehen aus Weißmetall und sind vernickelt.

Das freistehende Feuertonklosett ist mit einem englischen Spülapparat versehen, welcher mit einem Schutzkasten verkleidet ist. Zugvorrichtung und Verbindungsrohr liegen verdeckt hinter den Wandplatten.

Der Fußboden der Dauerbäder ist mit Tonplatten, die Wandflächen in Höhe von 1,85 m mit weißglasierten Platten belegt. Über den Wandplatten sind Wand- und Deckenflächen mit Ölfarbe gestrichen.

Die Gesamtkosten der Bäder und Klosetts sowie einer Teeküche in der Ruhigen-Abteilung belaufen sich auf 34767 M., welche auf 1008 cbm umbauten Raum entfallen. Es stellt sich mithin der Kubikmeter umbaute Raum auf 34 M.

Der umbaute Raum der Bäder allein beträgt rund 550 cbm à 34 M. = 18700 M. Dazu kommt die Bewässerungsanlage mit rund 8385 M. Gesamtpreis 27085 M.

Auf der Unruhigen-Abteilung haben die Dauerbäder einen zweifachen Zweck zu erfüllen, sie dienen zur Behandlung der Erregungszustände schwer Geisteskranker, sind aber auch nachts die Bäder für die neuaufgenommenen Kranken. Meist deckt sich ja bei den Aufnahmen, die nachts kommen, die erste Aufgabe mit der zweiten, da viele in der Nacht kommenden Aufnahmen erregte Geisteskranke sind; es kommen aber nachts auch nicht selten völlig bewußtlose Kranke durch die Rettungsgesellschaften in die Anstalt, so z. B. Epileptiker, Kranke mit Kopfverletzungen, Gehirnerschütterung, schweren Erschöpfungszuständen körperlicher und geistiger Provenienz, Kranke mit Infektionen, Diphtherie, Meningitis, Typhusdelirien usw., und schließlich Alkoholisten mit und ohne Komplikationen durch oben erwähnte Erkrankungen, hier und da halb erfroren, verlaust, mit Kot und Erbrochenem besudelt, wie sie auf der Straße gefunden werden. In der Eigenart dieser Krankheiten liegt es begründet, daß Zustände von völliger Bewußtlosigkeit ganz unvermittelt in die schwersten sinnlosesten Erregungen übergehen mit Neigung zu Gewalttätigkeiten gegen sich und andere.



Da meist die Anamnese gänzlich versagt — oft sind nicht einmal die Namen der Patienten bekannt —, so muß man auf alle Eventualitäten gerüstet sein. Der Verlauf der Krankheit ist bei diesem Aufnahmematerial ganz unberechenbar, nach Ablauf einiger Stunden kann eine völlige Klärung des Bewußtseins und Fortfall aller Krankheitserscheinungen eintreten, oder der Kranke kann dem Tode verfallen sein. Plötzlich auftretende epileptische Anfälle oder Tobsuchtszustände können momentan die schwierigsten Aufgaben an das Personal stellen, die sich schwer voraussehen lassen.

Daraus geht hervor, daß man an die Zuverlässigkeit des Personals und an die Brauchbarkeit des technischen Betriebes die größten Anforderungen stellen muß. Wenn es z. B. einem Kranken gelingt, einen Pfleger heimtückisch unter Wasser zu ziehen oder die Heißwasserzuleitung zu öffnen, so kann in kurzer Zeit viel Unheil angerichtet werden. Es besteht die Gefahr des Komplottierens gegen das Personal, was allerdings nicht allzuhäufig vorkommt, die Möglichkeit, im epileptischen Anfall oder im manischen Übermut, in suizidaler Absicht, zu ertrinken oder sich zu verletzen, kurz, es sind viele Möglichkeiten denkbar. Sehr deutlich ist mir noch eine Situation in Erinnerung aus der Zeit, als noch auf der Unruhigen-Abteilung Badewannen mit Metallstopfen als Verschluß der Abflußleitung im Gebrauch waren, wie ein Katatoniker mit stereotyper Beharrlichkeit den an einer Kette befestigten Verschluß gegen seine Stirn schwang und jeden mit dieser Schleuder bedrohte, der in seine Nähe kam.

Es ist nun die große Frage, wieviel Pflegepersonen für diese Bäder erforderlich sind. Wir haben im allgemeinen tagsüber im Baderaum zwei Pfleger auf sechs Kranke, bei sehr schwierigen Elementen sogar drei, nachts hat ein Pfleger Wache, der aus der angrenzenden Wachabteilung jederzeit einen Pfleger zur Unterstützung herbeirufen kann. Außerdem kann er durch eine Alarmschelle sämtliche Pfleger der Abteilung in kurzer Zeit zu Hilfe haben. Von der Abteilung geht ein Telephon zur Zentrale, so daß in kurzer Zeit der diensthabende Arzt und Oberpfleger zur Stelle sein kann. Der Arzt hat es dann in der Hand, das Aufsichtspersonal zu vermehren oder die Zahl der badenden Kranken herabzusetzen, er muß die Eigenart der Kranken möglichst schnell und richtig beurteilen und dementsprechend verfahren.

Es lassen sich keine schablonenhaften Anordnungen oder Grundsätze geben, sondern es muß von Situation zu Situation bestimmt werden; dazu ist es erforderlich, daß die Bäder möglichst oft ärztlich revidiert werden. Man kann auch nicht von vornherein die Indikation stellen, bei diesem und jenem körperlichen oder geistigen Krankheitszustand ist das Dauerbad indiziert oder kontraindiziert; unter ärztlicher Kontrolle ist eine schwere Herz- oder Lungenaffektion durchaus keine Kontraindikation, ja man kann sogar beobachten, daß auch bei körperlichen Krankheiten das Dauerbad einen recht günstigen Einfluß hat. Bei Meningitis cerebrospinalis konnten wir hier wiederholt eine günstige Beeinflussung des Leidens selbst konstatieren, auch subjektiv hatten diese Kranken das Gefühl, daß nirgends ihre Beschwerden so gelindert wurden als im Dauerbad. In der Behandlung des Delirium tremens gibt es Phasen, in denen das Dauerbad recht günstig wirkt; natürlich ist dabei eine ständige sachgemäße Beobachtung stets erforderlich, es gibt auch dort Situationen, die die Unterbrechung des Bades trotz Kampfers und Digitalis erheischen, wir sind bei der Therapie des Deliriums über das Probieren noch nicht hinaus, wir müssen sehen, ob wir mit Dauerbädern erfolgreich gegen die Krankheit arbeiten, wir müssen aber auch zur rechten Zeit kombinieren und variieren können, so z. B. sieht man bei Deliranten, die man längere Zeit im Dauerbade hatte, ohne daß die Erregung abklang, daß nach einigen Minuten der kritische Schlaf eintritt, wenn man sie isoliert, und umgekehrt. Ähnlich verhält es sich auch bei den hysterischen, epileptischen und katatonischen Erregungszuständen, den pathologischen Räuschen. In manchen schweren Erregungszuständen haben wir auch durch Packungen oder durch Festlegen im Moosbett eine ganz eklatante Beruhigung, die sogar längere Zeit anhielt, gesehen, die oberste Bedingung ist dabei natürlich eine verstärkte persönliche Überwachung; es ist diese Art der mechanischen Beschränkung humaner wie ein Kampf der Kranken gegen fünf, sechs Pflegepersonen, der schließlich doch auch eine mechanische Beschränkung ist.

Bei schweren Erregungen wenden wir auch Injektionen von Hyoszin-Morphium an, besonders bei den kurz vorübergehenden pathologischen Rauschzuständen sind sie ein vorzügliches Mittel.

Das Dauerbad kann nun noch in verschiedener Weise modifiziert werden, Kranke, die wegen ihrer großen körperlichen Hinfälligkeit oder aus Suizidneigung in Gefahr sind unterzusinken, werden auf ein am Rande der Wanne befestigtes Tuch gelegt, andere Kranke, die nur mit großer Anwendung von Gewalt im Bade zu halten sind und das Leben anderer Kranker oder des Personals ständig bedrohen, werden vorüber-

gehend unter ein gespanntes Tuch gelegt, aus welchem sie nur mit dem Kopf heraussehen, bei andern wieder genügt es, das Tuch nur über die Hälfte der Wanne zu legen, die überwiegend große Mehrzahl der Patienten ist jedoch ohne jeglichen Zwang im Bade zu halten.

Ich möchte nicht durch die voraufgegangenen Zeilen den Irrtum erwecken, als ob in unserer Anstalt zuviel mit Zwangsmitteln gearbeitet wird, das wäre eine durchaus falsche Darstellung des Sachverhaltes, jeder Kenner der Verhältnisse wird zugeben müssen, daß die Kranken hier sehr weitgehende Freiheiten haben, ich will nur eine gewisse Vollständigkeit der Methoden anführen und noch betonen, daß diese Dinge immer nur die Ultima ratio in einer zu der regung dauert, die Kranken im Bade bleiben können, und das kann wochen- bis monatelang sein. Die Patienten gewöhnen sich so an das Bad, daß sie förmlich darin leben, sie essen, trinken, schlafen darin, lesen Zeitung, rauchen ihre Zigarre, singen und unterhalten sich.

Es muß noch erwähnt werden, daß zuweilen Kranke, vor allem in der ersten Zeit ihres Aufenthaltes, wo ihnen die Behandlungsart noch neu ist, allerhand Widerstand leisten, den sie nachher meistens aufgeben, so reiben sie sich z. B. den Hals an einem gespannten Tuch wund oder suchen sich mit dem Tuch zu erdrosseln, den Kopf aus dem Tuch zu befreien und unterzutauchen, so daß dann zu erwägen ist,

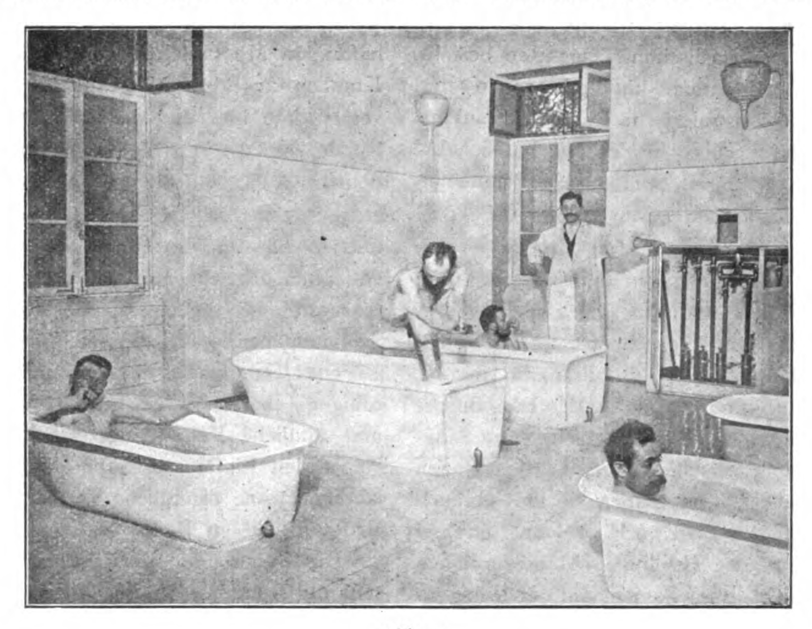


Abb. 3.

Anzahl der Aufnahmen doch nicht häufigen Anwendung sind, daß wir aber im geeigneten Augenblick nicht davor zurückschrecken; in einer großstädtischen Anstalt kommen die Erregungszustände in viel elementarerer Weise zur Beobachtung, da es sich oft um ganz akute Krankheitszustände von zuweilen nur stundenweiser Dauer handelt, die auch häufig nur stundenweise Anstaltspflege erforderlich machen, dann aber in sehr intensiver Weise.

Im allgemeinen sind die Patienten recht gern im Dauerbad, es gibt sogar einige, die eine förmliche Sucht nach dem Bade zeigen; von Rekonvaleszenten und Genesenen hört man nicht selten, daß ihnen die Bäder eine große Beruhigung waren.

Die Dauer der Bäderbehandlung ist eine verschiedene; da es selten Kontraindikationen gibt, so kann man wohl sagen, daß, solange die schwere Er-

ob man mit einer Packung, einer Isolierung oder einer Einspritzung nicht für den Moment weiter kommt.

Die ständige Einwirkung des Wassers auf die Haut wird meist gut vertragen, ein kleiner Bruchteil der Patienten reagiert darauf mit Hautentzündungen, die auf den Uneingeweihten einen ganz gefährlichen Eindruck machen, in Wirklichkeit sind diese Dermatitiden ganz harmloser Natur und verschwinden bei Unterbrechung der Bäder in einigen Tagen.

Hier und da tauchen auch kleine Epidemien von Trichophytien auf, die mit Vorliebe dann entstehen, wenn Kranke längere Zeit im Bade gelegen haben und dann die Kleider wieder anziehen, meist an den Stellen, an denen die Kleidung reibt, am Halse, in den Achselhöhlen und in der Schenkelbeuge. Wir haben die Trichophytien auf der Frauenseite sehr selten beobachtet, bei den Männern häufiger; auf

Chrysarobinbehandlung gingen sie immer prompt zurück, zumal wenn Kleider, Wäsche und Badetücher sorgfältig desinfiziert wurden.

Prophylaktisch wenden wir Einfettung der Haut mit Lanolin an.

Ernster anzusehen sind die Fälle, in denen sich bei ständiger Unruhe an den Körperstellen, die sich an der Wanne oder am Tuch reiben, Hautabschürfungen und Phlegmonen bilden, an den Ellenbogen, den Knien, dem Gesäß. Das gibt zuweilen Kontraindikationen gegen eine weitere Badebehandlung, jedoch sind diese Fälle nicht sehr häufig.

Um das Gleiten des Körpers auf der Bodenfläche der Badewanne zu verhindern, hat man Gleitschutzvorrichtungen konstruiert, so die von Friedländer, welche aus elastischen Traggurten besteht, die unter der Badewanne hindurchgezogen und befestigt werden. (Konstruiert von J. Patrik, Frankfurt a. M., Preis 250 M.) Diese Einrichtung hat sich bei uns nicht recht eingebürgert, weil unsere Wannen in den Boden eingelassen sind und deshalb die Traggurte nicht unter der Wanne her gezogen werden können, auf den Abteilungen, in denen freistehende Wannen sind, liegt das Bedürfnis dafür nicht vor.

Eine andere Art des Gleitschutzes ist hergestellt von der Firma Hinze & Co. in Frankfurt a. M. (120 × 25 cm) zum Preise von 25 M.: Eine durchlöcherte Gummiplatte, an der Unterseite mit Saugnäpfen zur Fixierung versehen, wird auf den Boden der Badewanne gelegt. Wir haben sie in Gebrauch gehabt, sie erfüllt ja den Zweck, welcher erreicht werden soll, aber auf der Unruhigen-Abteilung haben sie die Patienten nicht liegen lassen, auf der Ruhigen-Abteilung wurde darüber geklagt, daß sich in den Löchern Schlamm ansammelt aus Speiseresten, Moos, Kot und sonstigen Verunreinigungen, und daß sich die Löcher der Gummiplatten in die Haut der Badenden eindrückten, einige Kranke schienen wieder ganz zufrieden damit zu sein.

Dekubitus und Brandwunden eignen sich sehr für die Dauerbadbehandlung.

In Fällen von schwerem Dekubitus empfiehlt sich eine Kombination von Luftkissenbehandlung mit Dauerbad. Um den Auftrieb des Luftkissens zu beseitigen, kann man es auf einem hölzernen Brett befestigen, das an der Unterseite mit Bleiplatten beschwert wird.

In der Verwertung der Luftringe für die Bequemlichkeit des Badenden sind die Kranken selbst recht erfinderisch, sie benutzen es in der verschiedensten Weise als Sitzkissen, Kopfkissen, als schwimmenden Eßtisch etc.

Ein großer Fortschritt ist mit Einführung der Feuertonwannen insofern zu verzeichnen, als das Wundreiben der Patienten am Gesäß seltener geworden ist.

Die gußeisernen Wannen werden bei anhaltendem Gebrauch durch Abplatzen des Emails an der Bodenfläche ziemlich bald rauh und sind dann nicht mehr geeignet zur Dauerbehandlung unruhiger Kranker, welche sich wundreiben, und der ruhigen Kranken, welche leicht Druckstellen bekommen.

Die Dauerbäder für ruhige sieche Kranke (CI, cI) sind nur tagsüber im Betrieb, nachts werden die Kranken ins Bett gelegt, und wenn sie zu Dekubitus und Unreinlichkeit neigen, ins Moosbett. Ein Mißstand ergibt sich dabei für die Bäder; die am Körper haftenden Moosteilchen werden abgespült, wenn die Kranken aus dem Moosbett ins Bad kommen, und verursachen hier und da Verstopfungen der Abzugskanäle, zumal wenn die verstopfenden Massen durch den am Anfange des Abzuges angebrachten Schlammfang durchgedrückt werden. Um dies zu vermeiden, müssen alle vom Schlammfang zurückgehaltenen Massen von oben abgehoben werden, damit sie nicht in das Abzugsrohr gelangen. Zu dem Zweck läßt sich der Schlammfang herausheben.

Die Dauerbäder haben unbestreitbar auf die ruhigen, siechen Elemente, Paralytiker, Epileptiker und ähnliche Verblödungszustände einen lebensverlängernden Einfluß, es gibt hier Kranke, die schon jahrelang ohne eigentliche Veränderung des klinischen Bildes in diesem Bade zubringen.

Die Dauerbäder der dritten Gruppe (CII, cII) sind nur stundenweise im Betrieb, während der Mahlzeiten sind diese Bäder aufgehoben, die Kranken essen entweder im Bett oder an der gemeinsamen Tafel, während die Kranken der beiden oben erwähnten Kategorien meist ihre Mahlzeiten im Bade einnehmen. Die Dauer des Bades übersteigt in CII meist nicht eine Stunde, im Durchschnitt baden hier die Patienten eine halbe bis dreiviertel Stunde, um möglichst vielen die Teilnahme an den sehr begehrten Bädern zu ermöglichen. Hier sind die Indikationen meist Schlaflosigkeit, Angst, nervöse Unruhe, Depression und allerhand körperliche Leiden bei den ihrer Intelligenz und der Art ihrer Krankheit nach höher stehenden Patienten.

Bei günstigen klimatischen Verhältnissen modifiziert sich die Dauerbadbehandlung bei all diesen drei Krankheitsgruppen noch in sehr erwünschter Weise dadurch, daß wir die Patienten, die den Transport vertragen, im Garten in Liegestühlen, auf welchen ihr Bett gemacht ist, ruhen lassen.



Wir haben auch vor der Frage gestanden, ob an den Zuleitungsrohren nicht Vorrichtungen anzubringen wären, die bei einer bestimmten Temperatur selbsttätig ein optisches oder akustisches Signal oder beides auslösen, aber wir sind davon abgekommen aus der Erwägung heraus, daß auch solche Einrichtungen schließlich einmal in ähnlicher Weise, wie oben beschrieben, versagen können, und daß alle die getroffenen Vorrichtungen wohl eine große Erleichterung des Personals bedeuten, daß aber nichts die persönliche Wachsamkeit und die persönliche Verantwortlichkeit ersetzen kann.

Die Heizung ist in den Baderäumen der Unruhigen-Abteilungen Luftheizung, der Ruhigen-Abteilungen Niederdruckdampfheizung, die Beleuchtung elektrisches Licht. Die Baderäume sind stets hell. Die Temperatur ist angenehm, für frische Luft wird durch genügende Lüftung gesorgt, so daß der Aufenthalt in den Baderäumen so behaglich gemacht ist, wie es unter den obwaltenden Umständen möglich ist.

Ein Moment darf man bei der Einrichtung dieser Räume nicht außer acht lassen. Da viel gebadet wird — in den Unruhigen-Abteilungen ist der Baderaum 24 Stunden ununterbrochen in Betrieb —, so ist die Atmosphäre dauernd mit Feuchtigkeit beladen. Unruhige Kranke tun manchmal noch ihr übriges, sie werfen viel Wasser aus der Wanne, das zum Teil abfließt in den Bodenablauf, zum Teil aber verdunstet. Die Decken und Wände müssen so konstruiert werden, daß ihnen die Feuchtigkeit nichts anhaben kann, am besten eignet sich wohl Eisenbeton als Deckenlage.

Wo Holzbalken zur Verwendung kommen, müssen sie imprägniert werden, sonst faulen sie und brechen durch. Vielleicht läßt sich mit einer isolierenden Luftschicht dasselbe erreichen. Erforderlich ist für die Behaglichkeit sowie für die Dauerhaftigkeit der Decken eine geeignete Entnebelung der Luft, entweder durch reichliche natürliche Ventilation oder, wo das nicht zu erreichen ist, durch Entnebelungsanlagen.

Die Pläne zu den Badeanlagen sind nach den Angaben des Direktors, Herrn Professor Sioli, angefertigt.

Zum Schluß sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Dr. Sioli, für die freundliche Überlassung des Materials und Herrn Baurat Wilde für die liebenswürdige Unterstützung, die mir vom Hochbauamte durch Anfertigung der Zeichnungen und die erschöpfende Schilderung der technischen Verhältnisse zuteil wurde, zu danken.

Das Photogramm zu der Arbeit ist von unserm Anstaltsphotographen, Herrn Rudolph, angefertigt.

Mitteilungen.

— **Zur Geschichte der Düsseldorfer Departemental-Irrenanstalt.** Mit der Errichtung der Departemental-Irrenanstalt ist eine für die gegenwärtige steuergeplagte Zeit interessante geschichtliche Erinnerung verbunden. Schon unter der französischen Herrschaft galt die Auffassung, daß das Tanzvergnügen besteuerungsfähig sei, nur mutet der Zweck, dem die Aufkünfte dienen sollten, etwas eigen an. Aus diesen Tanzabgaben sollte ein Fonds gebildet werden zur Errichtung und Unterstützung von Irrenanstalten. Bis zum Jahre 1817 hatte dieser Fonds einen Betrag von rund 13500 Talern erreicht. Die preußische Regierung beschloß in dem angegebenen Jahre die Aufhebung des Fonds und seine Verwendung zu Irrenzwecken vormals Bergischer Gemeinden. Der größere Teil wurde der Regierung zu Düsseldorf überwiesen, er bildete den Grundstock zur Bestreitung der Baukosten für die einige Jahre später errichtete heutige Departemental-Irrenanstalt.

— **Sozialhygienische Kastration.***) Am 21. Juli wurde vom Unterhaus der Legislatur in Connecticut mit 130 gegen 28 Stimmen eine Gesetzesvorlage angenommen, die vorschreibt, daß Gewohnheitsverbrechern und „geistig Defekten" in den Strafanstalten und Irrenhäusern des Staates mittels einer Operation das Fortpflanzungsvermögen genommen werden soll. Die Vorlage, die vermutlich auch im Senat durchgehen wird, ist einem im Staate Indiana schon in Kraft getretenen Gesetzentwurf über dieselbe Materie nachgebildet. Einer der Gesetzgeber in Connecticut wollte diese Maßregel auch auf die Insassen von Armenanstalten ausgedehnt wissen, drang aber damit nicht durch.

*) Cf. Nr. 2 dieser Zeitschrift, Jahrg. XI, pag. 18.

— **Behandlung geisteskranker Arrestanten in Russland.** Die Frage, ob Arrestanten, die auf ihre eventuelle Geistesgestörtheit in psychiatrischen Krankenhäusern geprüft werden sollen, in Ketten geschmiedet gehalten werden dürfen, ist, wie die Slowo berichtet, kürzlich durch eine Weigerung des Oberarztes des Nikolaikrankenhauses in Petersburg, den in Ketten geschmiedeten psychischkranken Arrestanten Kumming aufzunehmen, ehe die Prokuratur ihm die Eisen abgenommen, wieder aktuell geworden. Bekanntlich hat sich eine wissenschaftliche Kommission unter dem Vorsitz des Akademikers Bechterew gegen eine solche Fesselung event. Geisteskranker ausge-



sprochen, nicht nur deshalb, weil eine objektiv psychiatrische Untersuchung eines durch die Ketten in Gemütsdepression gebrachten Kranken, zumal eines an Verfolgungswahn leidenden, unmöglich ist und auf die anderen Kranken übel einwirkt, da das beständige Kettengerassel hysterische Anfälle hervorruft, sondern auch weil die Kette eine gefährliche Angriffswaffe dem Wartepersonal gegenüber darstellt. Nichtsdestoweniger haben am 23. Juni die Prokuratur und die Residenz-Stadtverwaltung den Oberarzt zur Aufnahme des erwähnten in Ketten geschmiedeten Kranken kurzerhand gezwungen. Rigasche Rundschau, 10. Juli 09.

— **Ein psychiatrisches Nachrichtenbureau.** Die Anregung des Herrn Kollegen Lomer und die Idee des Schriftleiters unserer Wochenschrift ist in gleicher Weise wert vollste Beachtung zu finden. Ob dies der Fall sein wird? Ich habe wiederholt versucht, die „maßgebenden" Kreise für eine gemeinsame Aktion zu gewinnen — bisher vergebens. Ich wäre für unseren Stand glücklich, wenn Holub mit seinen scharfen Worten nicht Recht behielte — bisher hat er Recht behalten. Man sehe auf die stramme Organisation der Journalisten und vergleiche damit unsere Abwehr ungerechtfertigter Angriffe. Als im Reichstage ein Vertreter der Presse beleidigt wurde, trat eine großartige Einmütigkeit in Erscheinung, die die schärfsten politischen Gegensätze überbrückte. Wer sich nicht wehrt, wird unterdrückt. Ich glaube, daß schließlich auch der „Deutsche Verein für Psychiatrie" seine seinerzeitigen Beschlüsse „ausgraben" würde, wenn die Herren Lomer und Bresler beim nächsten internationalen Kongreß für Irrenpflege in Berlin einen ausgearbeiteten Plan vorlegen und zur Diskussion stellen würden. Rollt der Stein erst einmal, so entwickelt er lebendige Kraft. Das Ziel erscheint der Mühe wert. Friedländer, Hohe Mark im Taunus.

— **Heilverfahren für Alkoholkranke durch Landesversicherungsanstalten** kommen mehr und mehr in Aufnahme. In größerem Umfang sind solche bis jetzt von den Landesversicherungsanstalten Rheinprovinz, Schleswig-Holstein und Westfalen eingeleitet worden, mit recht befriedigenden, lohnenden Erfolgen, die noch besser wären, wenn die Betreffenden rechtzeitiger gemeldet und untergebracht würden. Einem Bericht des Reichsversicherungsamtes in Nr. 1 des „Reichs-Arbeitsblattes" ist zu entnehmen: Unter den 112 männlichen und 6 weiblichen Versicherten, welche die rheinische Anstalt seit 1903 in Trinkerheilstätten behandeln ließ, waren von den bis Ende 1906 abgeschlossenen 55 Fällen nicht weniger als 50 erfolgreich. Die Anstalt ist mit Abstinenzvereinen in Verbindung getreten und veranlaßt die aus der Kur Entlassenen, solchen beizutreten, z. T. unter Gewährung eines Jahresbeitrages an die Vereine für jeden solchen Versicherten, der ihnen beitritt. Die L.-V.-A. Schleswig-Holstein hat seit 1900 71 Alkoholkranke in Heilbehandlung nehmen lassen. In 18 Fällen ist voller, in 6 Fällen unsicherer Erfolg erzielt worden. Gänzlich erfolglos blieben 21 Fälle. Die übrigen Behandelten sind teils gestorben, teils war bei ihnen eine Kontrolle nicht möglich. Die Resultate wären laut Bericht der Anstalt noch befriedigender, wenn nicht zum Teil mangelhafte Auswahl und besonders verspätete Anzeige der Krankheitsfälle ungünstig wirken würden. Bei der L.-V.-A. Westfalen waren von den 39 bis zum Schluß des Jahres 1906 aus der Behandlung Entlassenen zu Anfang 1907 15 ganz geheilt, 5 gebessert, 32 wenigstens arbeitsfähig. (Bei alledem ist fast immer die Bedeutung einer Besserung zugleich für eine ganze Familie zu bedenken!) Die L.-V.-A. Baden hat alle Bezirksämter durch Rundschreiben auf die Heilbehandlung Trunksüchtiger hingewiesen und um Angabe von geeigneten Kranken ersucht; ähnlich Westfalen die Krankenkassen und die unteren Verwaltungsbehörden.

Aus: Korrespondenz für die deutsche medizinische Presse. Im Auftrage des Vorstandes des Vereines abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes herausgegeben von Dr. A. Holitscher, Geschäftsführer des Vereines abst. Ärzte des deutschen Sprachgebietes, Pirkenhammer bei Karlsbad.

Personalnachrichten.

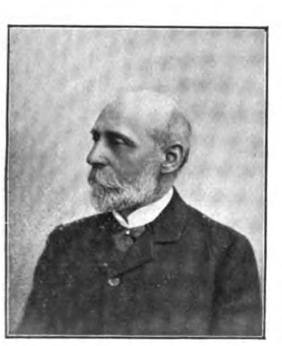
— **Wuhlgarten** bei Biesdorf. Der prakt. Arzt Koch ist hier seit 22. Mai d. Js. als Assistenzarzt eingetreten.

— **Bern.** Dr. H. O. Schlub hat die Venia docendi für Psychiatrie erhalten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Den Mitgliedern der Sektion Psychiatrie
des XVI. Internationalen medizinischen Kongresses zu Budapest, 1909,
gewidmet von der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift.



Hofrat Professor Dr.
Karl Lechner,
Kolozsvár (Klausenburg).



Hofrat Professor Dr.
Ernst Moravcsik,
Budapest.



Direktor Privatdozent Dr.
Eugen Konrád, Budapest.



Direktor Dr.
Gustav von Oláh,
Budapest.



Ministerialrat Dr. **Cornelius Chyzer,**
Chef der Sanitätsabteilung im königl. ungar.
Ministerium des Innern, Budapest.



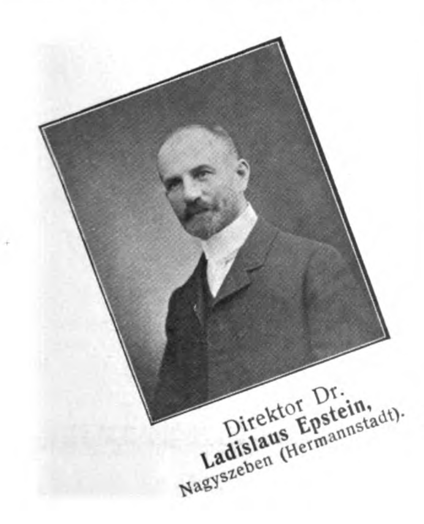
Privatdozent Dr. **J. Salgó,**
Budapest.



Professor Dr. **Karl Schaffer,**
Budapest.



Hofrat Dr. **Otto von Schwartzer-Babarcz.**
Mitglied des ungar. Magnatenhauses, II. Präsident des Landes-Sanitätsrats, Generalprokurator u. Oberkurator d. Roten Kreuzes in Ungarn, etc., Budapest.



Direktor Dr.
Ladislaus Epstein,
Nagyszeben (Hermannstadt).

Direktor Dr. **Paul Ranschburg,**
Budapest.



Privatdozent Dr.
Karl Hudovernig, Budapest.

Zum XVI. Internationalen medizinischen Kongreß.
Budapest, 29. August bis 4. September 1909.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 23. 28. August **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die Fortschritte der Irrenpflege in Ungarn. Von Ministerialrat Dr. C. Chyzer, Chef der Sektion für öffentliche Hygiene und Wohlfahrtspflege im Ministerium des Innern. (S. 197.) — Die Entwicklung der Psychiatrie und des Irrenwesens in Ungarn. Von Dr. Ladislaus Epstein, Direktor der kön. ung. Staats-Heilanstalt für Geisteskranke in Nagyszeben. (S. 202.)

Die Fortschritte der Irrenpflege in Ungarn.

Von Ministerialrat Dr. *C. Chyzer*, Chef der Sektion für öffentliche Hygiene und Wohlfahrtspflege im Ministerium des Innern.

Bei Gelegenheit der Volkszählung des Jahres 1890 wurde in Ungarn die Zahl der Geisteskranken auf 9271, die der Idioten und Geistesschwachen auf 15917 festgestellt. Der Vergleich jedoch dieser Statistik mit denjenigen der übrigen Länder Europas und die häufigen und dringlichen Anträge vieler Kommunen auf Unterbringung ihrer Kranken in den Anstalten ließen mich an der Genauigkeit dieser Ziffern zweifeln. Sie erschienen mir zu niedrig. Ich machte daher im Jahre 1895 dem Minister den Vorschlag, einen Spezialzensus der Geisteskranken und Idioten des Landes anzuordnen und die Amtsärzte damit zu beauftragen. Es war dies der einzige Weg, möglichst sichere Daten zu erlangen. Die Einzelheiten dieser Zählung habe ich in der VIII. Sitzung des Internationalen statistischen Instituts zu Budapest, 1901, mitgeteilt (siehe den Bericht über diese Sitzung vol. XIII, p. 319, und die Diskussion dazu, ebenda p. 126). Das Resultat des Zensus war: 10421 Geisteskranke, 14650 Idioten, — wich also von dem der allgemeinen Zählung nicht erheblich ab. Dagegen zeigten die Ziffern bei dem Zensus des Jahres 1901 bereits bedeutendere Unterschiede. 1901 wurde nämlich, neben der allgemeinen Volkszählung, von den Amtsärzten eine besondere Zählung der mit Geistesstörung behafteten Einwohner ausgeführt. Nach ersterer gab es 1901 15580 Geisteskranke und 26059 Idioten und Kretine; nach letzterer 15097 resp. 19055, — im Verhältnis zur amtsärztlichen Zählung des Jahres 1895 eine beträchtliche Zunahme. Zunächst könnte man versucht sein, diesen Zuwachs der Geisteskranken auf ein rapides Umsichgreifen der geistigen Erkrankungen zurückzuführen. Doch wäre das nicht zutreffend. Nach meiner Überzeugung handelt es sich um nichts weiter als um einen Irrtum, den die Statistiker bei der ersten Zählung begangen und den sie bei der zweiten berichtigt haben. Mit anderen Worten: bei der ersten Zählung mochte es leicht der Fall gewesen sein, daß eine Anzahl Kranker der Aufmerksamkeit der recherchierenden Ärzte entging, bei der zweiten aber gestaltete sich ihre Aufgabe viel leichter und wurde exakter gelöst. Glücklicherweise waren es ruhige und nicht gefährliche, nicht absolut internierungsbedürftige Kranke, die beim ersten Zensus übersehen wurden.

Bei der Aufzählung und Beschreibung der zur Aufnahme von Geisteskranken dienenden Institute will ich als Ausgangspunkt das Jahr 1893 wählen, in welchem ich an die Spitze des Departements der öffentlichen Wohlfahrt gestellt wurde.

Wir besaßen damals drei Staatsanstalten, zwei in Budapest (Leopoldsfeld und Engelsfeld) und eine im Südosten des Königreichs, in Nagyszeben; dazu kann man noch rechnen einen inzwischen unter psychiatrische Leitung gestellten Annex für Geisteskranke im Staatskrankenhaus zu Preßburg. Diese vier Anstalten enthielten damals 1410 Betten.

Als Staatsanstalten kamen damals schon ferner in Betracht die beiden psychiatrischen Universitätskliniken in Budapest und Kolozsvár mit 130 resp. 30 Betten. Beide sind heute in Bau und Einrichtung aufs glänzendste vervollkommnet und machen beinahe



einen luxuriösen Eindruck, wie alle unseren neuen Kliniken. Die Budapester Irrenklinik umfaßt jetzt 150, die in Kolozsvár 250 Betten.

An Privatirrenanstalten für gebildete und wohlhabende Kranke existierte nur eine, die des Dr. Franz von Schwartzer-Babarcz in Budapest, der erste in Ungarn, welcher sich diesem Zweig der medizinischen Wissenschaft widmete. Gegenwärtig wird sie von seinem ebenso tüchtigen Sohne Otto geleitet und umfaßt bereits 210 Betten. Dann gab es noch die beiden Anstalten der barmherzigen Brüder für Männer, von denen die eine, in Eger, noch existiert, die andere, in Budapest, inzwischen eingegangen ist, und eine Anstalt der barmherzigen Schwestern für Frauen, ebenfalls in Eger. Diese letztgenannten Privatanstalten zählten zusammen 180 Betten.

Mehrere öffentliche Hospitäler verfügten über mehr weniger Lokale zur Unterbringung gefährlich gewordener Geisteskranker. In einigen dieser Hospitäler waren für diesen Zweck soviele Plätze reserviert, daß sie eine Abteilung für sich bildeten. Außerdem gab es in den meisten Hospitälern zum mindesten einige Zellen, um Geisteskranke zu isolieren, wie dies der alten Methode entsprach. Gleichwohl betrug in allen diesen eben aufgezählten Anstalten und Lokalen am Ende des Jahres 1893 die Zahl der Plätze nur 2300. Die Regierung sah, daß diesem Übelstande unter allen Umständen abgeholfen werden mußte, und beschloß die nötigen Schritte hierfür zu tun. Da indes die finanzielle Lage von damals die Bewilligung einer großen Summe zur Errichtung umfangreicher neuer Anstalten nicht zuließ, begnügte man sich mit dem Ankauf des nicht kostspieligen Komitatshauses des Szabolcser Komitates in Nagykálló, dessen Sitz nach Nyiregyháza verlegt wurde, und mit der Umwandlung dieses Hauses in eine Irrenanstalt. Die ersten Kranken wurden im Jahre 1896 dorthin übeıführt.

In demselben Jahre ließ der Justizminister als Annex des Zentralgefängnisses in Budapest ein großes Hospital erbauen und in demselben eine Beobachtungs- und Pflegestation für 140 Geisteskranke einrichten. Hier werden Individuen beiderlei Geschlechts beobachtet, die arretiert wurden oder sich in vorläufiger Haft befinden und deren Geisteszustand zweifelhaft ist. Die zu Freiheitsstrafen verurteilten Gefangenen, welche sichere Zeichen von Geistesstörung bieten, werden hier psychiatrischer Behandlung unterzogen. Die als gesund befundenen oder genesenen Strafgefangenen werden der Strafanstalt wieder zugeführt, während die Unheilbaren bis zum Ablauf ihrer Strafzeit dort bewahrt, nachher aber in eine Irrenanstalt überführt werden. Glücklicherweise wurde dieser Gefängnisannex nicht völlig von geisteskranken Gefangenen besetzt, und der Minister des Innern, der bis dahin genötigt war, in den Staatsirrenanstalten vom Gerichte wegen Geistesstörung freigesprochene Verbrecher unterzubringen, mietete sozusagen im Jahre 1901 in dem genannten Annex 50 unbesetzte Plätze zur Verwahrung solcher krimineller Geisteskranker, deren Anwesenheit unter den Kranken der anderen Anstalten sowohl auf Besucher wie auf manche Kranke ungünstig wirkte.

Viele Stadtgemeinden entschlossen sich zur Errichtung großer Annexe für Geisteskranke bei ihren Hospitälern, und der Minister des Innern kam ihnen zu Hilfe, damit etwas Ordentliches zustande käme. Einige dieser Annexe sind eigentliche Irrenanstalten, werden von erfahrenen Psychiatern geleitet und verfügen über alles, was die Gegenwart an Vollkommenheiten für solche Institute gebracht hat.

Die folgende Tabelle enthält das Gründungsjahr der Spezialannexe, die frühere Zahl der Plätze für Geisteskranke und die jetzige Zahl.

Sitz der Anstalt	Jahr der Gründung des Annexes	Bettenzahl vor der Gründung	gegenwärtig
Szegszárd . . .	1893	48	180
Gyöngyös . . .	1896	—	300
Kaposvar . . .	1898	14	150
Nyitra	1898	26	162
Gyula	1899	28	370
Miskolcz . . .	1900	26	84
Módos	1902	—	82
Nagyvárad . .	1903	80	360
Balassagyarmat .	1903	—	260
Baja	1903	—	180
Pécs	1905	10	370
Sátoraljaujhely .	1905	2	170
Dicsöszentmárton	1906	—	60
Máramarossziget	1907	6	350
	Summa:	240	3078

Der Minister ließ 1896 die Irrenabteilung des schon erwähnten Staatskrankenhauses in Preßburg neu herrichten und erweitern.

Dank dieser Maßnahmen stehen gegenwärtig 7200 Plätze für die Geisteskranken zur Verfügung anstatt der 2300 im Jahre 1893.

Auch die Zahl der Plätze für Privatkranke hat sich vermehrt. 1903 eröffnete Dr. Niedermann in Rákospalota bei Budapest ein Sanatorium für 75 Kranke; 1906 Dr. Ringer ein solches in Budapest für 80 Kranke; beide Institute dienen für



Kranke der gebildeten und wohlhabenden Bevölkerung.

Obgleich die Zahl der Anstalten für Geisteskranke stetig zunimmt, reichen sie bei weitem nicht aus. Daher hat die Regierung die Errichtung einer großen agrikolen Kolonie beschlossen.

Das Parlament hat für dieses Projekt 2000000 Kronen bewilligt und die autonome Stadt Kecskemét geschenkweise ein Terrain von 115 ha, 8 km von der Stadt entfernt, in der großen und fruchtbaren ungarischen Ebene, angeboten.

Man wollte zunächst eine Anstalt für 1000 Kranke bauen. Allein die Arbeitslöhne sind in der letzten Zeit so gestiegen, daß die verfügbare Summe dafür nicht ausgereicht hätte. Man mußte sich daher auf die Errichtung einer allen hygienischen Forderungen der Gegenwart entsprechenden Anstalt für nur 600 Kranke beschränken. Diese Anstalt kann natürlich bequem vergrößert werden, sobald die Verhältnisse es gestatten werden. Sie ist gegenwärtig im Bau, aber auch nach ihrer Vollendung werden wir noch nicht genügend Platz zur Unterbringung aller Kranken haben. Um ein für allemal der schrecklichen Überfüllung aller Anstalten und aller psychiatrischen Annexe der Krankenhäuser ein Ende zu machen, sowie um eine freiere Behandlung der Geisteskranken einzuleiten, haben wir nach dem Beispiel anderer Länder die erste familiale Kolonie in Dicsöszentmárton in dem Komitat Kisküküllö in Siebenbürgen begründet. Die Bewohner dieser Gegend sind zwar sehr wenig wohlhabend, aber recht intelligent und besonders dazu geeignet, sich mit der Irrenpflege zu befassen. Anfangs hatten wir nur zwei Säle in dem öffentlichen Hospital zu Diczöszentmárton, wo die Kranken, welche aus den verschiedenen Anstalten des Landes dorthin überführt worden waren, beobachtet wurden, bevor sie in die Familien kamen. Durch das Resultat dieses Versuches ermutigt, beschloß die Verwaltungskommission des Komitates, sogleich ein Haus für 80 Kranke zu bauen. In diesem sollten die neuangekommenen Kranken aufgenommen werden, sowie diejenigen, welche sich bereits in Familien befanden, aber wegen unruhigen Verhaltens oder wegen körperlicher Erkrankung Beobachtung oder Pflege im Krankenhaus nötig hatten.

Das Reglement der Familienpflege und die Behandlung, welche den Kranken dort zuteil wird, sind ähnliche wie in den entsprechenden Einrichtungen des Auslandes.

Die Kolonie, unter der Leitung eines Irrenarztes stehend, hat sich über alles Erwarten entwickelt, so daß, während die Zahl der ersten am 17. August 1905 transportierten Kranken nur fünf betrug, am 1. Dezember 1908 es bereits dort 394 gab. Mehr als 100 Familien haben sich zur Aufnahme von Kranken erboten. Die Kranken dieser Kolonie sind nicht allein in Dicsöszentmárton verteilt, sondern auch in den folgenden Dörfern: Adamos, Sövényfalva, Szökefalva, Vámosgálfalva, Pócsfalva, Czüdötelke, Borzás.

Keine dieser Gemeinden ist mehr als 10 km von der Zentralkolonie entfernt; untereinander sind sie durch eine wohlgepflegte Vizinalstraße verbunden, so daß eine schnelle und regelmäßige Kontrolle möglich ist.

Die letztere wird durch den kontrollierenden Krankenaufseher und den ärztlichen Direktor ausgeführt. Zu diesem Zweck hat der erstere wöchentlich sämtliche Kranken der genannten Kolonie zu besichtigen, während der Arzt die neu untergebrachten Kranken zweimal im Laufe des ersten Monats, später einmal monatlich zu besuchen hat. Falls es nötig, läßt er die Kranken in die Zentralanstalt überführen oder vertraut sie definitiv der Pflege der Familien an, wo sie untergebracht sind, oder läßt, wenn nötig, die Kranken austauschen etc.

Um die Beköstigung der Kranken zu kontrollieren, ist das sicherste Mittel monatliche Wägung der letzteren. Zu diesem Zweck erscheint der Pfleger mit seinen Kranken am Anfang jeden Monats in der Zentralanstalt; bei dieser Gelegenheit läßt man jeden Kranken ein Bad nehmen. Was die Kosten der Familienpflege anlangt, so zahlt man für einen Pflegling 1 Krone = 1 fr. 10 c. auf den Tag; dafür hat die Pflegefamilie den Kranken in einem vom leitenden Arzte bezeichneten Zimmer einzuquartieren und zu beköstigen, und Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Ausbessern der Kleider zu gewähren. Der Kranke nimmt sein Essen zusammen mit der Familie ein und hilft bei häuslichen und landwirtschaftlichen Arbeiten. Die Familie darf auch zwei Kranke in einem Zimmer unterbringen. Pflegefamilien, welche sich durch Sorgfalt in der Pflege der Kranken auszeichnen, erhalten vom Ministerium eine Geldprämie oder ein vom Minister unterzeichnetes Belobigungsschreiben in Form eines Diploms.

Für die von der Zentralkolonie im Hospital untergebrachten Kranken bezahlt der Staat den Preis, welcher jährlich vom Minister des Innern für die anderen Kranken dieses Hospitals festgesetzt ist. So war z. B. der Verpflegungssatz im Hospital zu Dicsöszentmárton für das Jahr 1908 auf 1,60 Kr. festgesetzt. Von dieser Summe erhält das Hospital 60 h. für Bekleidung und Bestreitung kleiner Bedürfnisse (Tabak etc.) des Kranken. Der Rest dient zur

Deckung der Verwaltungskosten der Familienpflege. (Eine genauere Beschreibung dieser Familienpflege befindet sich in dem vom Abteilungsarzt Dr. Rudolf Fabinyi erstatteten Bericht, der als Anhang des jährlichen Berichts des Ministers des Innern veröffentlicht ist unter dem Titel: Le service des aliénés en Hongrie pendant l'année 1906.)

Ermutigt durch den Erfolg der Familienpflege in Dicsöszentmárton, versuchte auch der Direktor der Staatsirrenanstalt in Nagyszeben 1908 in Nagydisznód Kranke unterzubringen. Diese Gemeinde liegt 8 km von Nagyszeben entfernt; die Bevölkerung ist sehr intelligent.

Auch dieser Versuch gelang. Am 1. Dezember 1908 zählte die Kolonie 30 Kranke. Die Unterbringung und Überwachung ist dieselbe wie in Dicsöszentmárton. Im Jahre 1907 wurden zwei andere familiale Kolonien begründet, und zwar in der Umgebung der Hospitäler von Nyitra und Balassagyarmat im Nordwesten Ungarns, woselbst sich die Bevölkerung dafür geeignet und zur Aufnahme von Kranken bereit zeigte.

Die Irrenannexe genannter Hospitäler dienen als Zentralen für diese Kolonien. Die Verwaltung ist dieselbe wie in Dicsöszentmárton. Am 1. Dezember 1908 hatte der Irrenannex von Balassagyarmat unter seiner Aufsicht eine Kolonie von 117 Kranken in drei Kommunen und der in Nyitra 99 Kranke ebenfalls in drei Kommunen.

Die jüngste familiale Kolonie ist die des großen Irrenannexes von Satoraljaujhely, eine Stadt im Tokayer Vorgebirge. Die Kranken, gegenwärtig 17, sind bei Winzern untergebracht, denen sie sich durch Teilnahme an der Arbeit nützlich machen. Die bloße Tatsache, daß wir in relativ kurzer Zeit und ohne großen Apparat so viele Geisteskranke in Familien untergebracht und ihnen ständige Pflege beschafft haben, zeigt von vornherein, daß die Familienpflege für die meisten Kranken in der Tat bedeutende Vorteile hat, wie dies auch in anderen Ländern zutage getreten ist.

Damit diese nicht ohne psychiatrische Kontrolle in die familialen Kolonien geschickt werden, haben die Hospitäler, welche eine größere Zahl Geisteskranker verpflegen, den Auftrag, alle drei Monate eine Liste der nach ihrer Meinung für die familiale Pflege geeigneten Kranken aufzustellen, und der jeweilige Direktor der Anstalt Leopoldsfeld in Budapest bezeichnet definitiv die Kranken, welche in Familien untergebracht werden können.

Das bisher Gesagte bezieht sich nur auf die Pflege in fremden Familien. Handelt es sich um Geisteskranke, die in die Anstalt gebracht worden sind, weil die Angehörigen nur aus Mittellosigkeit sie nicht unterhalten und beaufsichtigen konnten, so wird sich durch Geldunterstützung die Verpflegung in der eigenen Familie erreichen und eine noch größere Ersparnis als bei der fremdfamilialen Verpflegung erzielen lassen. Wir sind im Begriff, die eigenfamiliale Verpflegung einzuführen und durch eine besondere Verfügung zu regeln. Wir beabsichtigen für die in eigner Familie verpflegten Kranken nur halb so viel zu zahlen als bei der fremdfamilialen Verpflegung.

Was die allgemeine Beaufsichtigung der Anstalten anlangt, so sind die Staatsanstalten der Kontrolle des Ministers des Innern unterstellt; letztere beschränkt sich nicht auf die Verwaltung, sondern erstreckt sich auf den ganzen Irrenpflegedienst. Die Überwachung der Irrenannexe bei den Hospitälern sowie der Privatanstalten obliegt der Verwaltungskommission der Munizipien unter dem Vorsitz des Obergespans, (Gesetz VI. 1876.) Dieser hat alle drei Monate die Hospitäler und Privatanstalten seines Distrikts zu revidieren.

Die öffentlichen Behörden ersuchten wiederholt den Minister des Innern, in den Irrenanstalten die idiotischen und geistesschwachen gemeingefährlich gewordenen Kinder unterzubringen. Mit Rücksicht auf die Kinder jedoch, deren Verpflegung unter den Erwachsenen bedenklich erscheint, konnte man diesem Verlangen nicht Folge geben.

Indes hat R. Blum 1898 in Pölsöcz (Komitat Gömör) mit Zustimmung des Ministers des Innern eine Anstalt errichtet, in welcher solche Kinder eine Zuflucht finden können, bis der Staat ein derartiges Institut errichtet haben wird. Jene Anstalt ist für 200 Pfleglinge eingerichtet. Am 1. Dezember 1908 befanden sich darin 14 Pensionäre und 154 arme, auf Staatskosten untergebrachte Kinder.

Im Jahre 1902 ließ der Minister des Innern auf dem großen Terrain der Anstalt Leopoldsfeld einen Pavillon für 50 idiotische und geistesschwache Kinder errichten. Aber die Anhäufung der Geisteskranken in der Irrenanstalt nahm solche Dimensionen an, daß man die Kinder nach Pelsöcz überführen und den Pavillon für die erwachsenen Kranken einrichten mußte, die in der Anstalt nicht Platz hatten.

Außer der Anstalt in Pelsöcz haben wir noch eine Privatanstalt für Idioten und Kretinen aus wohlhabenden Familien. Dieselbe gehört Frimm in Budapest; 1908 beherbergte sie 23 Kinder.

Ferner ist noch das Institut für geistesschwache Kinder zu erwähnen, welches der Minister des Kultus und öffentlichen Unterrichts in Budapest errichtet hat.



Dasselbe besteht seit 1896; es umfaßt sechs Klassen und wird von 78 Pfleglingen frequentiert.

Für die Epileptiker hatten wir keine Spezialanstalt bis zum Jahre 1903, in welchem Dr. Wossinszki mit ministerieller Genehmigung in Balf (Komitat Sopron) eine solche Anstalt gründete. Darin verpflegt auch der Staat auf seine Kosten unbemittelte Epileptische. Gegenwärtig zahlt er für einen Kranken 1,40 Kr. täglich. Am 1. Dezember befanden sich dort 26 Pensionäre und 112 Staatspfleglinge.

Um diese Lücke auszufüllen, kaufte der Minister des Innern 1908 eine Besitzung in der Nähe von Arad, in Kevermes; daselbst wird der Staat 1910 eine Epileptikeranstalt errichten.

Die Pflege der Geisteskranken hat die Wandlungen erfahren, welche den Fortschritten der neuesten Zeit entsprechen. Zellenbehandlung findet selten statt und ist in unseren großen Anstalten fast unbekannt. Die Zellen sind verschwunden; wo sie noch existieren, dienen sie nur im äußersten Notfalle zur Isolierung. In der größten unserer Anstalten, in Leopoldsfeld (Lipótmezö in Budapest), wo es sehr viele gab, wurden sie zu großen Schlafzimmern umgewandelt. Die Zwangsjacke ist gleichfalls abgeschafft; aufgeregte Kranke liegen zu Bett oder befinden sich im prolongierten Bade. Dieses System erfordert zwar größere Ausgaben, weil zahlreicheres Pflegepersonal als früher, dafür ist es humaner und wirksamer. Unsere Psychiater haben das englische Prinzip des no-restraint angenommen, aber nicht das absolute, was auch niemals möglich sein wird ohne Nachteil für die Kranken.

Zur Aufbesserung der Lage des Pflegepersonals, dessen Stellung und Zukunft bis zum Jahre 1898 noch nicht gesichert waren, beschloß der Minister eine Gehaltserhöhung und die Gewährung einer Pension im Fall der Dienstunfähigkeit. Die Ausbildung des Pflegepersonals war bisher bei uns noch unvollkommen, steht aber im Begriff, organisiert zu werden.

Die Beköstigung der Geisteskranken ist durch Vorschriften genau geregelt; sie ist in allen Anstalten die gleiche und wird auf Quantität und Qualität genau kontrolliert. Nur in einer Anstalt haben wir mit einer Änderung einen Versuch gemacht, indem wir den Kranken statt der vorgeschriebenen Portion Fleisch vegetabilische Speisen geben lassen, weil sie daran gewöhnt sind und sie vorziehen.

Die neueste und für das Pflegepersonal wie für die Kranken wichtigste Reform ist die folgende: Ein Ministerial-Dekret vom November 1908 untersagt den Genuß geistiger Getränke sowohl den Kranken wie auch dem Pflegepersonal und im allgemeinen jeder Dienstperson vom 1. Januar 1909 ab. Seit diesem Tage erhalten sie zur Ablösung der Getränke eine Entschädigung, deren Betrag dem Preis des früher verabfolgten Weines und Bieres entspricht. Natürlich darf Alkohol an Kranke als Medikament verabfolgt werden, wenn seine Verordnung ärztlicherseits nötig erachtet wird.

Über die Medikation, welche je nach den Anschauungen und Erfahrungen der betreffenden Ärzte verschieden ist, will ich mich nicht weiter verbreiten, da sie nicht in das Ressort der Verwaltung gehört. Ich beschränke mich darauf zu konstatieren, daß wir seit 15 Jahren in unseren Anstalten weder Typhus noch andere ernstliche Epidemien und Infektionskrankheiten gehabt haben. Es befinden sich in der Tat in unseren Anstalten keine Bazillenträger, wie es in Deutschland der Fall ist, wo sie den Ansteckungskeim in mehreren Anstalten verbreiteten.

Außerdem verdient eine prophylaktische Maßnahme Erwähnung. Seitdem wir in den Sälen und Korridoren den Fußboden durch gebohnertes Parkett ersetzt haben, ist die Tuberkulose erheblich zurückgegangen. Ich habe bereits in dem Bericht über den Irrenpflegedienst Ungarns des Jahres 1899 davon Mitteilung gemacht. Selbstverständlich werden die Tuberkulösen soviel als möglich isoliert.

Zur Verhinderung der Einschleppung des Trachoms in die Anstalten, eine in einigen Teilen des Landes sowie in den Grenzländern ziemlich häufige Krankheit, bestimmt ein Zirkular des Ministers des Innern, daß in der Krankheitsgeschichte, die zur Aufnahme in die Anstalt erforderlich ist, der Amtsarzt zu notieren hat, ob in der Familie des Kranken oder in dem Hause, aus dem er kommt, ansteckende Krankheiten herrschen und ob der Kranke an Trachom leidet. Gegen letztere Krankheit haben wir auch noch andere Vorsichtsmaßregeln ergriffen. Um das Trachom von den anderen Anstalten fernzuhalten, benutzte der Minister des Innern die Gelegenheit der unvollständigen Besetzung des Krankenhauses in Modos (Komitat Torontál, welches 6 öffentliche Krankenhäuser besitzt) und pachtete das ganze Hospital, in welches man jetzt aus allen Anstalten und Annexen des Landes die trachomkranken oder -verdächtigen Geisteskranken schickt.

In den Staatsanstalten erhalten die arbeitenden Kranken einen Tagelohn, der jedoch 40 h nicht überschreiten darf. Dieser Betrag schwankt nach Art und Maß der Arbeit, er bleibt zur Disposition des Kranken. Ganz geringe Abzüge werden von der Direktion gemacht für die gemeinsame Vergnügungskasse und für das Weihnachtsfest. Außerdem existiert bei uns ein Hilfsverein zur Unterstützung geheilter, unbemittelter

Kranker bei der Entlassung. Derselbe bewilligt Geldunterstützungen zuweilen bis zu 80 Kronen. Die Verteilung der von diesem Verein gewährten Unterstützungen ist den Anstaltsleitern anvertraut.

Als Nicht-Psychiater will ich nicht von den verschiedenen Ursachen der Geisteskrankheiten sprechen, zu deren Studium jetzt eine internationale Kommission eingesetzt werden soll. Doch muß ich eine Krankheit erwähnen, die mit Geistesstörung in enger Beziehung steht und erst seit kurzem in Ungarn bekannt ist: die Pellagra, die sich zuerst durch Hautsymptome bekundet, sehr oft mit Geistesstörung endet und selten heilbar ist. In Italien, Spanien, Tirol und Rumänien ist diese Krankheit eine wahre Geißel. Bis 1889 war sie in Ungarn fast unbekannt. In jener Zeit veröffentlichte der inzwischen verstorbene Dr. Takáts in einer ungarischen medizinischen Zeitschrift einen Artikel über diese Krankheit und behauptete, seit mehreren Jahren in den Komitaten Szatmár und Szilágy unter der rumänischen Bevölkerung sporadische Fälle beobachtet zu haben. In Magasfalu, Komitat Szatmár, nahm 1877 die Krankheit sogar epidemischen Charakter an. Der Professor der Dermatologie bestritt diese Behauptung, ohne die Kranken gesehen zu haben. Da die Fälle seltener wurden, kümmerte sich niemand mehr darum. 1897, als ich das Pellagrösenheim in Mogliano bei Venedig besuchte, interessierte ich mich für Pellagra, um so mehr als mein Kollege Dr. Felix, Chef des Sanitätsdienstes in Rumänien, in dessen Gesellschaft ich reiste, mir erzählte, daß in seiner Heimat bereits 6000 Fälle von Pellagra registriert seien. Da ich es unwahrscheinlich fand, daß eine an unserer Grenze so sehr verbreitete Krankheit nicht in Siebenbürgen eingedrungen sei, dessen Bevölkerung größtenteils derselben Rasse angehört, unter denselben Verhältnissen lebt und sich ebenfalls hauptsächlich von Mais nährt, wandte ich mich an die Professoren der Universität Kolozsvár und an den Direktor der Anstalt Nagyszeben mit der Bitte, in Siebenbürgen nach Pellagra zu forschen. 1897 war das Resultat negativ, aber im folgenden Jahre, nach einer schlechten Ernte, wurden zahlreiche Fälle in mehreren Komitaten und besonders unter den Rumänen konstatiert. Seitdem sind sporadische Fälle immer aufgetreten. 1908 gab es in 21 Komitaten 371 Pellagrakranke, wovon 56 in Geisteskrankheit fielen.

Seit dem Jahre 1899 findet die Veröffentlichung der Jahresberichte über das gesamte ungarische Irrenwesen in ungarischer, deutscher und französischer Sprache statt. Die Berichte werden gegen diejenigen ausländischer Anstalten ausgetauscht. Dadurch dringt die Kenntnis unserer Irrenpflege-Einrichtungen auch ins Ausland, und ich wage zu behaupten, daß unser Irrenwesen den Vergleich mit demjenigen der übrigen zivilisierten Länder aushält.

Die Entwicklung der Psychiatrie und des Irrenwesens in Ungarn.

Von Dr. *Ladislaus Epstein*, Direktor der kön. ung. Staats-Heilanstalt für Geisteskranke in Nagyszeben.

Ende August d. Js. findet in Budapest der XVI. internationale med. Kongreß statt. Ungarns Hauptstadt weiß diesen Umstand als Ereignis vollauf zu würdigen, denn sie ist sich dessen bewußt, daß das Tagen eines der vornehmsten und größten intern. Kongresse innerhalb ihrer Mauern für unser Land von viel größerer Bedeutung ist, als dies für irgendeinen westlicher gelegenen Staat Europas wäre.

Politisch falsch aufgefaßt, gesellschaftlich sehr verkannt, wissenschaftlich wenig beachtet, kulturell arg unterschätzt, gilt nämlich Ungarn, je weiter man sich von seinen Grenzen entfernt, um so mehr, selbst in dem Urteil vieler hochgebildeter Menschen, als eine Art Balkanstaat, dem man all jene Schattenseiten und auch zweifelhaften Vorzüge andichtet, die eben manchen Balkanländern eigen sind. Doppelt und vielfach willkommen muß daher unserem Lande der Anlaß sein, vor einer sowohl der Zahl als auch der Qualität ihrer Mitglieder nach so hoch stehenden internationalen Vereinigung, wie es der medizinische Kongreß ist, wenn auch in erster Linie nur auf einem beschränkten Gebiete kultureller Tätigkeit ein Bild seiner selbst entrollen und so zur Richtigstellung jener vielfach irrigen Vorstellungen, die über alle seine Verhältnisse herrschen, beitragen zu können.

Kaum ein Gebiet kultureller Tätigkeit ist aber mehr geeignet, als Gradmesser für die Gesamtkultur eines Landes zu dienen, als das Sanitätswesen desselben im allgemeinen und sein Irrenwesen im besondern. Das letztere ist hierzu geeignet einerseits zufolge der traurigen statistischen Tatsache, daß die Zahl der Geisteskranken mit fortschreitender Kultur zunimmt, andererseits durch die Art und Summe jener Einrichtungen, mittels welcher Staat und Gesellschaft für die Wohlfahrt ihrer Geisteskranken zu sorgen bestrebt sind.

Nach beiden Richtungen hin gibt der vorangehende, aus berufenster Feder stammende Artikel dieser Nummer ein ebenso getreues wie übersichtliches Bild von dem gegenwärtigen Stande des ungarischen Irrenwesens, weshalb ich im folgenden mich nur auf eine kurze Schilderung der geschichtlichen Entwicklung*) desselben beschränken will.

Diese Schilderung erscheint gerade im vorliegenden Falle nicht überflüssig, denn hier, mehr wie anderwärts, kann nur aus der Kenntnis der Vergangenheit ein richtiges Verständnis und eine volle Würdigung der Gegenwart gewonnen werden.

Unser Irrenwesen ist heute allerdings schon so bestellt, daß wir einen Vergleich mit andern Nationen nicht gerade zu scheuen brauchen, doch aber darf an dasselbe nicht derselbe Maßstab angelegt werden wie bei alten, reichen Kulturstaaten. Man darf eben nicht vergessen, daß unsere ganze Irrenfürsorge verhältnismäßig sehr jungen Datums ist; die Anfänge reichen kaum bis auf ein halbes Jahrhundert zurück, denn bis zum Jahre 1863 gab es in Ungarn überhaupt noch keine öffentliche Irrenanstalt.

Die Rückständigkeit Ungarns auf diesem wie auf manchem anderen kulturellen Gebiete war eine natürliche Folge jener jahrhundertelangen Kämpfe, die es bald um seinen nationalen Bestand, bald um seine Verfassung gegen innere und äußere Feinde zu führen hatte, auch mußte es, eingekeilt zwischen dem christlichen Westen und dem mohammedanischen Osten, lange Zeit hindurch der osmanischen Flut gegenüber einen Schutzwall für Europa abgeben und konnte daher an dem Werke der Kultur nicht in dem Maße tätig sein, wie es glücklicher situierten Nationen gegönnt war. Kein Wunder also, daß das Irrenwesen, welches sich bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts auch anderwärts keiner besonderen Sorgfalt erfreuen konnte, hier ganz daniederlag.

Allerdings ist uns aus früheren Jahrhunderten einiges bekannt, was darauf hinweist, daß man den Geisteskranken gegenüber irgendwie Stellung nahm, sie auch nach mittelalterlicher Art zu heilen bestrebt war. So wurde in dem Benediktinerkloster in Pécsvárad zu Heilzwecken Beten, Händeauflegen und Exorzismus geübt.**)

Sehr bemerkenswert ist die Tatsache, daß der Hexenglaube nach Marczalis*) Ansicht hier andere Formen annahm als in sonstigen Ländern Europas. König Stefan d. H. (1000—1038) stellte die „strigae" unter kirchliche Aufsicht; vergingen sie sich ein zweites Mal, da wurden sie gebrandmarkt, im dritten Falle wurden sie dem weltlichen Richter übergeben. König Ladislaus d. H. (1077—1095) stellte sie in eine Reihe mit den meretrices und überließ ihre Bestrafung den Bischöfen, König Koloman (1095—1114) aber eilte seiner Zeit um Jahrhunderte voraus, indem er rundweg erklärte: „de strigis vero, quae non sunt, ne ulla mentio fiat."

Hingegen verfügte im 16. Jahrhundert, als auswärtiger Einfluß sich schon immer mehr geltend machte, Ferdinand I.: „Khain Zauberey, Warsagen, oder dergleichen in kainem Weg nicht geduldet oder gelitten, sondern dieselben allenthalben souil möglich ausgereüt . ." Doch gab derselbe König auch Verordnungen gegen Trunksucht heraus.**)

Maria Theresia und Josef II. sahen sich noch veranlaßt, gegen den Vampirglauben einzuschreiten, doch scheint dieser Aberglaube, soweit Ungarn in Betracht kommt, nach Pándys (l. c.) Zitaten zu schließen, mehr nur unter dem walachischen (rumänischen) Volke geherrscht zu haben.

Mehrfach beschäftigen sich auch schon die älteren ungarischen Gesetze sowohl in zivil- wie strafrechtlicher Beziehung mit den Geisteskranken.

Von einer eigentlichen, über die Mitte des vorigen Jahrhunderts zurückreichenden Vergangenheit des ungarischen Irrenwesens kann aber doch nicht wohl die Rede sein, denn ein Irrenwesen in des Wortes heutiger Bedeutung besaßen wir bis zu dem oben erwähnten Zeitpunkte überhaupt nicht, und müssen die die Geisteskranken betreffenden Zustände der früheren Zeit viel eher als Irrenunwesen denn als Irrenwesen bezeichnet werden. Während an vielen Orten des Auslandes bereits die freie Behandlung der Geisteskranken vorbereitet werden konnte, waren unsere Kranksinnigen noch völlig sich selbst überlassen, waren einerseits dem Hohne, dem Elend und dem Verderben preisgegeben und gefährdeten andererseits die öffentliche Sicherheit in hohem Grade, so daß die Gesellschaft wenigstens einigermaßen nur dadurch geschützt werden konnte, daß man die gefährlichsten Geisteskranken in Kerker sperrte, wo sie zwischen Sträflingen elend verkümmern mußten, bis der barmherzige Tod sie von ihren Leiden erlöste.

Nur wenige Kranke erhielten Unterkunft in der

*) Die hierauf bezüglichen folgenden Ausführungen sind zum Teil einer älteren Arbeit des Verfassers („Das Irrenwesen in Ungarn", Pester med.-chir. Presse, 1907, Nr. 51—52) entnommen.

**) Pándy. Gondoskodás az elmebetegekröl. Gyula 1905.

*) Szilágyi, A magyar nemzet története. Bpest. 1896. II K. 2220.

**) Pándy, l. c.



abseits gelegenen Zelle irgendeines Spitals, und ganz besonders begünstigte Individuen dürften es gewesen sein, die auf Grund eines Erlasses der k. k. Hofkanzlei in Wien, welche damals die ungarischen Angelegenheiten leitete, im Wiener Irrenhause Aufnahme fanden, wo es laut einer vorliegenden Akte*) drei Verpflegsklassen gab, nämlich zu 10 Kreuzer, 30 Kreuzer und 1 Fl. pro Tag.

Über die Zahl jener Kranken, die der Spitalspflege teilhaftig wurden, fehlen uns genaue Daten. Für das Jahr 1827 jedoch wurden die Krankenhäuser mittels Statthaltereierlaß verhalten, mit besonderer Berücksichtigung der Geisteskranken Krankenausweise zu verfertigen, und aus diesen ist es uns bekannt, daß zu jener Zeit in zwölf Krankenhäusern 61 Geisteskranke untergebracht waren. Das Krankenhaus „Zur h. Dreifaltigkeit" in Györ (Raab) meldet: „Irrekranke wurden in diesem verflossenen Jahre keine eingebracht und sollten allenfalls dergleichen Kranke vorkommen, so werden selbe zur ärztlichen Behandlung entweder nach Pápa oder nach Preßburg in das Spital der barmherzigen Brüder abgesendet." Aus den betreffenden Ausweisen gewinnen wir auch einen Einblick in die Art der damals gestellten Diagnosen. Es kommen vor: Fanatischer Wahnsinn, Irre cum lucidis intervallis, Mania tristis, Mania transitoria.

Welcher Art indessen die Unterkunft der Kranken war, darüber wissen wir nichts Positives. Allerdings aber können wir uns von derselben eine ungefähre Vorstellung bilden, wenn wir den Bericht des Szegszárder allgemeinen Krankenhauses vom Jahre 1883 (!) lesen, in welchem es heißt: „Zur Aufnahme der Geisteskranken dienen fünf Zellen, deren Luftraum ein so geringer ist, daß unsere Justizpflege in den bestehenden Zuchthäusern für die schwersten Verbrecher doppelt soviel Luft fordert und auch tatsächlich gewährt. Von den schimmelfeuchten Wänden sickert fortwährend die Nässe herab, Ventilation ist ganz unmöglich und das Licht ist dauernd aus diesen traurigen Höhlen verbannt. Die Geisteskranken sind zum grellen Hohne des Humanismus und der Anforderungen der medizinischen Wissenschaft schlimmer untergebracht als die offenen Feinde der Gesellschaft, die Insassen der Zucht- und Strafhäuser."

Wenn noch im Jahre 1883 eine solche Klage ertönen konnte, wie mochten die Zustände fünfzig Jahre früher gewesen sein, als noch im selben Komitat der geisteskrank gewordene Notär von Simontornya im Komitatshause verpflegt werden mußte, weil die finsteren und unheizbaren Zellen des Spitals zur Aufnahme der Geisteskranken vollkommen unverwendbar geworden waren.

*) Z. 12193 v. 25. Sept. 1791.

Die Ursache dieser elenden Zustände lag nicht etwa darin, daß man keine Empfindung für dieselben hatte, sondern ist auf die damalige politische und gesellschaftliche Zerfahrenheit und die hierdurch bedingte kulturelle und finanzielle Passivität der Nation zurückzuführen.

Daß die Mängel lebhaft empfunden wurden und daß man die Notwendigkeit einer Abhilfe erkannte, erhellt aus den allerwärts sich erhebenden Klagen der verschiedenen Spitäler und Behörden, sowie aus den vielen Unterbreitungen, welche mehrere Komitate in dieser Angelegenheit an den Erzherzog-Palatin*) und an die Statthalterei gelangen ließen.

Die Frage der Errichtung einer Landes-Irrenanstalt beschäftigte auch tatsächlich die maßgebenden Kreise schon unter Kaiser Josef II., dem ja auch Wien die erste Irrenanstalt, den vom Volke sogenannten „Narrenturm", zu verdanken hatte. Es ist bekannt, daß dieser freigeistige, für das Wohl der Armen und Elenden stets besorgte Herrscher zahlreiche Klöster aufhob, um aus dem konfiszierten Klostergut Humanitätsanstalten zu schaffen, und so sollte auch u. a. für den Bau einer Irrenanstalt in Ungarn auf diesem Wege Vorsorge getroffen werden.

Ein bereits unter Leopold II. erlassenes Dekret der Wiener Hofkanzlei vom 25. August 1791 (Z. 10523/Jt. 65 ex 1790) traf die Anordnung, daß die aus verschiedenen Stiftungen einlaufenden Beträge, namentlich aber jener „fundus confraternitatum", in welchem das Vermögen der durch Kaiser Josef aufgelösten Klöster verwaltet wurde, zur Errichtung einer öffentlichen Irrenanstalt und ähnlicher Institutionen verwendet werden sollten. Einen Monat später wurden auch die Statuten der Wiener Irrenanstalt, des Siechenhauses und des Arbeitshauses dem Statthaltereirate zur Kenntnisnahme und Darnachhaltung herabgesendet.

Seit dieser Zeit ist die Frage der Unterbringung der Geisteskranken resp. die Frage der Errichtung einer Irrenanstalt sozusagen ständig auf der Tagesordnung.

Die Komitatskongregationen befaßten sich wieder-

*) Palatin (lat. palatinus, ung. nádor) war der vom Reichstag gewählte und vom König bestätigte erste Bannerherr des Landes, welcher in Abwesenheit des Königs als dessen Stellvertreter fungierte und im allgemeinen eine vermittelnde Rolle zwischen König und Nation spielte. Der letzte P. war der im Jahre 1847 gewählte Erzherzog Stefan, welcher die Würde im Jahre 1848 niederlegte.

holt mit dieser Frage, und war es insbesondere das Pester Komitat, welches die Angelegenheit mehrmals urgierte. Am 4. Februar 1801 (Z. 171) richtet dieses Komitat eine Unterbreitung an den Palatin und an die Statthalterei, in welcher es Beschwerde führt, daß für die Geisteskranken nicht Sorge getragen werde, daß diese entweder eine stete Gefahr für die Gesellschaft bilden oder aber im elenden Kerker verkümmern; daher bittet das Komitat, daß einige Räume des in Szt.-Endre bestehenden Spitals zur Aufnahme von Geisteskranken adaptiert werden möchten.

Am 11. März desselben Jahres wendet sich der Magistrat der Stadt Pest an die gewählte Bürgerschaft mit den Fragen 1. Ob die Stadt gemeinsam mit dem Komitat ein zur Unterbringung von Geisteskranken geeignetes Gebäude errichten soll? 2. Wo dieses Gebäude zu errichten wäre? 3. Wer berufen sei, für diese Unglücklichen zu sorgen? — Auf die vorgelegten Fragen antwortete die gewählte Bürgerschaft am 7. Mai, und zwar beantwortet sie die sub 1. aus „mehreren wichtigen Gründen" verneinend und bemerkt, daß die unheilbaren Geisteskranken in dem zu errichtenden Arbeitshause untergebracht werden können, wo sie unter der Aufsicht des Verwalters stehen, aber vom Spitalsarzte untersucht werden, und wenn dieser Heilbare unter ihnen finde, so seien diese im Spital zu verpflegen.

Nichtsdestoweniger aber übermittelt die Stadt Pest dem Pester Komitate den Vorschlag, daß ein Teil eines noch durch Kaiser Josef II. errichteten sehr geräumigen Gebäudes*), insofern Se. Majestät dieses überlassen würde, zu dem Zwecke eines Irrenhauses verwendet werden könnte. Das hierzu nötige Geld aber wäre dadurch zu beschaffen, daß jedes Komitat und jede kgl. Freistadt einen Beitrag von je 1000 Fl. versprechen „und dem Versprechen gemäß auch leisten" würde, wodurch zumindest 100000 Fl. einkämen, wovon „noch ein wenig zur notwendigen Verköstigung übrig bliebe".

Im Jahre 1806 wieder weist der Kanzler Graf Karl Pálffy von Wien aus den Statthaltereirat an, ehestens auch eine Unterbreitung bezüglich der Errichtung eines Irrenhauses vorzulegen, nachdem es in den allergnädigsten Intentionen Sr. Majestät gelegen sei, die im Jahre 1802 von den Ständen erhobenen Gravamina zu sanieren.

Es ist hieraus ersichtlich, daß der Wunsch nach einer Irrenanstalt auch im Reichstage rege ward, was allerdings nicht viel zu bedeuten hatte, denn auch andere kulturelle und wirtschaftliche Reformen wurden da angeregt, ohne daß man ernstlich an ihre Durchführung herangetreten wäre. So z. B. entsendete gerade der Reichstag von 1802 einen Ausschuß zur Lösung des unmöglichen Problems, in welcher Weise das nötige Kapital für Straßen- und Kanalbauten zu beschaffen wäre, ohne die Steuerfreiheit des Adels zu tangieren und ohne auch dem Volke neue Lasten aufzuerlegen (Ballagi).*) Das waren die Segnungen des feudalen Systems. Man wollte ja dies und jenes, aber es sollte kein Geld kosten, damit man keine Steuer zu zahlen brauche.

So hatte es auch seine Schwierigkeiten mit der Beschaffung des zum Bau einer Irrenanstalt nötigen Geldes. Bis Juli 1808 waren aus Schenkungen und Sammlungen bloß 6917 Fl. $59^{5}/_{8}$ Kr. eingeflossen, so daß die zur selben Zeit vom Hofkanzler Grafen Josef Erdödy an die Statthalterei gestellte Anfrage, ob die für die Anstalt erforderliche Summe schon vorhanden sei, natürlich nicht bejahend beantwortet werden konnte.

Doch aber wird anfangs 1809 von dem Protomedicus Andreas Pfisterer der Plan einer zur Aufnahme von 70 Kranken zu errichtenden Irrenanstalt vorgelegt. Er fordert unbedingt zwei besondere Gebäude, eines für die Ruhigen und Rekonvaleszenten, das zweite für die Tobsüchtigen (pro furiosis maniacis), da, wie er sagt, die Erfahrung lehrt, daß rekonvaleszente Irre und Melancholiker beim Anblicke eines Tobsüchtigen häufig rückfällig und wild werden (recidivam passos et in furias actos). Allerdings wird nun auch in verschiedenen Gegenden des Landes, namentlich in der Umgebung von Pest und Ofen, nach einem entsprechenden Bauplatze Umschau gehalten, aber zum Bau kommt es um so weniger, als noch im selben Jahre gemeldet ward, daß der „Fundus confraternitatum civilium" erschöpft sei, mithin von dieser Seite her für eine Irrenanstalt kein Geld zur Verfügung stehe.

Die Sammlungen wurden fortgesetzt, die Verhandlungen wurden weiter gepflogen, auch neue Pläne wurden verfertigt, aber die Mißstände blieben und die Klagen dauerten fort.

Im Jahre 1819 richtet das Pester Komitat eine neuerliche Eingabe an den Palatin, in welcher aus-

*) Möglich, daß hierunter die unter dem Namen „Neugebäude" bekannte und vor mehreren Jahren demolierte Riesenkaserne zu verstehen ist, welche in Budapest jenes ganze große Territorium füllte, auf welchem gegenwärtig der „Szabadságtér" (Freiheitsplatz) mit den ihn umrahmenden herrlichen Monumentalbauten zu sehen ist.

*) Szilágyi, A magyar nemzet története. IX. Kötet.

geführt wird, daß, obwohl Se. Majestät auf die gelegentlich geäußerte Absicht des Munizipiums, für die Geisteskranken des eigenen Komitats in Kecskemét eine Anstalt errichten zu wollen, die Antwort erteilte, daß dies unnötig wäre, da zu ähnlichem Zwecke eine Landesfundation errichtet würde, — das Komitat nun doch bis dahin die Errichtung der Anstalt für notwendig erachtet, da das zur Schaffung der Landesfundation nötige Geld im Wege der Sammlung von den Munizipien eingehoben wird, was voraussichtlich nicht so bald zu Ende gebracht werden dürfte, und so die Kranken des Komitats noch lange unversorgt bleiben müßten, um so mehr, als dieselben infolge eines Verbotes Sr. Majestät in den Strafhäusern nicht gehalten werden dürfen. — Das Komitat fand jedoch auch diesmal kein Gehör.

Die Realisierung des Planes einer Landesirrenanstalt aber wurde infolge von Geldnot, später wieder, als dieses Hindernis durch die Landesspenden, namentlich aber durch eine größere Stiftung des Bischofs von Vácz, nachmaligen Erzbischofs von Kalocsa, Grafen Franz Nádasdy, endlich (zum großen Teil wenigstens) beseitigt war, durch die ungünstigen Zeitläufte hintangehalten. Vorerst der französische Krieg und die darauf folgende Devalvation, nachher das im Jahre 1825 erfolgte Ableben des Protomedicus, dann wieder die Überschwemmung von Pest im Jahre 1838, waren ebensoviele hindernde Umstände, welche die Angelegenheit auf Jahre hinausschoben.

Im Jahre 1847 beginnt der Palatin Erzherzog Stefan sich für die Sache zu interessieren und weist den Landes-Oberphysikus Stáhly an, Pläne behufs einer in Pest oder Ofen (Buda) zu errichtenden Irrenanstalt nach dem Muster der Wiener und Prager Irrenanstalten anfertigen zu lassen, „und zwar so," heißt es, „daß aus dem vorhandenen Fonds nicht nur die Errichtung der Baulichkeiten bestritten, sondern auch noch ein Kapital erübrigt werde, aus welchem sowohl die Besoldung der Anstaltsbeamten und der Dienerschaft als auch die Verköstigung von mindestens 130 Kranken gedeckt werden könnte."

Mit Rücksicht auf die im Flusse befindliche Angelegenheit erschien damals aus der Feder des Zolkiewer Kreisarztes Dr. Glatter unter dem Titel „Ideen bezüglich der Errichtung eines Irrenhauses in Ungarn" ein Memorandum, in welchem wir allerdings der kühnen Hypothese begegnen, daß die Tatsache, wonach die Protestanten relativ häufiger Seelenstörungen unterliegen sollen als Katholiken, aus der Möglichkeit zu erklären sei, „die h. Schrift nach der Individualität auffassen zu dürfen"; wohl ist darin auch der sonderbare Vorschlag enthalten, ruhige Kranke in Hängematten schlafen zu lassen, da man dadurch Raum ersparen und die betreffenden Räumlichkeiten bei Tag als Werkstätten benutzen könnte. Aber wir finden andererseits in diesem Memorandum auch Ideen niedergelegt, die der modernsten Auffassung zur Ehre gereichen würden. So bemängelt es der Verfasser, daß wir noch keine Irrenstatistik besitzen; er fordert die Erleichterung der Krankenaufnahmen und die unentgeltliche Verpflegung der Armen während eines halben Jahres; er hält es für wünschenswert, daß die Anstalt nicht von Mauern, sondern von Erdwällen umfriedet werde, damit der Kranke nicht den Eindruck eines Kerkers gewinne; aus demselben Grunde wären die Fenstergitter so anzubringen, daß sie nicht auffallen; er befürwortet die Luft- und Dampfheizung, sowie die Errichtung einer mit der Hauptanstalt in Verbindung stehenden „Genesungsanstalt"; er erwähnt die Irrenkolonien und bezeichnet die Schaffung eines Irrengesetzes als dringend notwendig. Über den damaligen Stand des Irrenwesens äußert er sich folgendermaßen: „Es ist aber ein Crimen laesae humanitatis, die Verbesserung des öffentlichen Irrenwesens in einem Lande zu verzögern, das bis zu diesem Augenblick diese Unglücklichen stiefmütterlicher behandelt als ein Volk der zivilisierten Welt — wenn wir etwa Griechenland, die pyrenäische Halbinsel und die Türkei ausnehmen —, denn unsere diesfälligen Einrichtungen erinnern mehr an Menschenmenagerien, in denen der Unglückliche, dem noch ein Funken jenes göttlichen Funkens geblieben ist, rasend werden muß aus Verzweiflung, sich gleichgestellt zu sehen dem reißenden Tiere, niedriger gestellt als der Verbrecher. Hier verbietet die Menschlichkeit zu zaudern — jeder verlorene Tag ist ein Verbrechen."

Jedoch das Jahr 1848 war nicht geeignet, die so sehr urgierte Institution ins Leben zu rufen, und so wurden die Verhandlungen, trotzdem bereits 400000 fl. zur Verfügung standen, abermals unterbrochen, so daß sich der Redakteur der „Gyógyászat" noch im Jahre 1861 veranlaßt sah auszurufen: „Landesirrenanstalt, es komme dein Reich!"

Ähnlich wie in Ungarn war man auch in dem damals noch separierten Siebenbürgen seit dem Anfang des Jahrhunderts bemüht, die Geisteskranken womöglich entsprechend unterbringen zu können. 1857 gelang es, in dem Kolozsvárer „Karolinen"-Spital eine interimistische Irrenabteilung für 30 bis 35 Kranke zu kreieren; 1863 wurde die Landesirrenanstalt in Nagyszeben (Hermannstadt) eröffnet, und somit hat Siebenbürgen einen Vorsprung von fünf Jahren dem Mutterlande Ungarn gegenüber erreicht,

wo die erste Landesirrenanstalt, nämlich die auf dem Lipótmezö (Leopoldsfeld) in Buda (Ofen) post tot discrimina rerum unter der Direktion von Dr. Jul. Schnirch am 6. Dezember 1868 ihrer Bestimmung übergeben wurde.

Bis dahin waren die Zustände diesseits des Königssteiges solche, daß nach den Worten der „Gyógyászat" „das Ofner Privat-Narrenhaus das einzige war, wo die Geisteskranken einer auf rationellen Grundlagen ruhenden Behandlung teilhaftig wurden".

Unter dem „Ofner Privat-Narrenhause" ist das Schwartzersche Institut zu verstehen, welches Dr. Franz Schwartzer 1850 in Vácz gegründet und 1852 nach Ofen verlegt hatte.

Schon vor dieser bestand in Pest eine kleine Privatanstalt, die im Jahre 1841 von Dr. Josef Pólya gegründet wurde und von der erwähnt wird, daß für je drei Kranke ein Pfleger und für die gesamten zwölf Kranken der Direktor und ein Assistenzarzt zur Verfügung stehen.*) Diese Anstalt scheint aber nicht lange bestanden zu haben und diente in späterer Zeit als Direktionsgebäude der weiterhin zu erwähnenden Engelsfelder Irrenanstalt.

Die Schwartzersche Anstalt hingegen spielt in der Geschichte unseres Irrenwesens eine hervorragende Rolle, nicht allein aus dem Grunde, weil sie die erste größere und moderne Irrenanstalt in unserem Lande war, sondern viel mehr noch deshalb, weil aus ihr die erste Generation unserer Irrenärzte hervorging und weil diese Anstalt zugleich die Wiege der ungarischen Psychiatrie war.

Es braucht wohl kaum bemerkt zu werden, daß von einer eigentlichen wissenschaftlichen Pflege der Psychiatrie hier vorher gar nicht die Rede sein konnte, da ja vor allem schon die äußere Möglichkeit zu einer systematischen Untersuchung und Beobachtung der Geisteskranken fehlte. Und so kann an dem Zustandekommen jener großen fortschrittlichen Entwicklung, welche die Irrenheilkunde im zweiten Drittel des vorigen Jahrhunderts erfuhr, unserem Vaterlande leider keinerlei Verdienst zuerkannt werden. Dafür aber wurden hier auch weniger oder kaum jene gräßlichen „Heilversuche" an den Kranken geübt, die gegen Ende des 18. und anfangs des 19. Jahrhunderts, von moral-theologischen und anderen falschen Auffassungen eingegeben, anderwärts im Schwunge waren. Doch soll die historisch interessante Tatsache nicht unerwähnt bleiben, daß laut Oláh**) ein ungarischer Arzt, namens Höfer (1614—1681), in Györ es war, der als erster den Kretinismus beschrieb.

Sonst aber ist uns von einer ins psychiatrische Gebiet gehörenden literarischen Tätigkeit ungarischer Ärzte bis zu den dreißiger Jahren des vorigen Jahrhunderts nichts bekannt. Im Jahre 1832 erschien, wie Oláh berichtet, eine Arbeit von Dr. Marikovszky über die Behandlung der Epilepsie mit Schlangengift, dessen spezifische Wirksamkeit er hervorhebt. Als ersten Irrenarzt in Ungarn erwähnt ebenfalls Oláh den früher genannten Dr. J. Pólya, der im Jahre 1839 eine kurze Beschreibung der Geisteskrankheiten erscheinen ließ. Im übrigen beschäftigten sich einige hervorragende Ärzte, wie Paul Bugát, der unter dem Titel „Wie fasse ich die Seele vom physischen Standpunkte auf?" auch suggestionstherapeutische Ansichten entwickelte, Stanislaus Töltenyi, der einige Abhandlungen über Irrenpflege veröffentlichte, u. a. nur nebenbei mit psychiatrischen Fragen und bereiteten so, wie Moravcsik*) schreibt, bei uns den Boden für die Psychiatrie vor.

Als erster offizieller Vertreter der Psychiatrie in Ungarn könnte Konstantin Pomutz genannt werden, der im Jahre 1847/48 an der Pester Universität als „freier Vortragender" in diesem Fache fungierte, aber seine Tätigkeit hinterließ keine Spuren, und so muß Dr. Franz Schwartzer als Bahnbrecher auf diesem Gebiete bei uns bezeichnet werden. Auf Grund königlicher Entschließung machte dieser im Jahre 1848 eine Studienreise in Deutschland, Frankreich und England, um bezüglich der zu errichtenden Landesirrenanstalt Vorschläge zu erstatten. Er verfaßte dann mehrere, zum Teil auch im Auslande erschienene, fachwissenschaftliche Arbeiten und legte mit diesen, namentlich aber mit dem im Jahre 1858 herausgegebenen Werke „A lelki betegségek általános kór-és gyógytana" (Allgem. Pathologie und Therapie der Seelenkrankheiten) den Grund zur ungarischen Psychiatrie, worauf er sich im Studienjahre 1860/61 als Privatdozent habilitierte. Seine Vorschläge und sein Wirken waren in allen einschlägigen Fragen richtungsgebend, so daß die erste Ausgestaltung des ungarischen Irrenwesens in erster Linie ihm zu danken war, um so mehr, als er an seine bereits erwähnte Anstalt eine Reihe tüchtiger Kräfte heranzuziehen wußte, die ebenfalls wissenschaftlichen Arbeiten oblagen und später, in selbständige Stellungen geraten, wieder ihrerseits befruchtend wirkten.

*) Oláh, Az elmebetegségek orvoslása. Budapest 1903.

**) Oláh, l. c.

*) Moravcsik, A psychiatria fejlödése hazánkban az utolsó 50 ev alatt. Orvosi Hetilap. 1906.

So entwickelte sich, allerdings mit bescheidenem Anfange, eine wissenschaftlich fundierte psychiatrische Tätigkeit, deren einziges Heim Jahre hindurch die Schwartzersche Anstalt war, deren erste Jünger, Julius Niedermann und Karl Bolyó, welche beiden später Direktoren der Lipótmezőer Anstalt wurden, sich schon in den sechziger Jahren, bald nach ihrem Lehrer und Meister, der eine an der juristischen, der andere an der mediz. Fakultät als Privatdozenten habilitierten. Und gleich hier soll erwähnt werden, daß von beiden namentlich ersterer, der in den 90er Jahren den Titel „Ministerialrat" erhielt und provisorisch auch die Funktionen eines Inspektors für das Irrenwesen versah, sich um die Förderung des letzteren große Verdienste erwarb. Auch ist seiner Initiative die im Jahre 1890 erfolgte Gründung des „Vereins zur Unterstützung geheilter Geisteskranker" zu danken, welcher Verein zwei Filialen besitzt und gegenwärtig über ein Vermögen von rund 70000 Kr. verfügt.

In der folgenden Zeit wurde auch auf der neuerrichteten Beobachtungsabteilung des hauptstädtischen Rochusspitals und in der endlich eröffneten Lipótmezőer Anstalt fleißig gearbeitet, wodurch die Psychiatrie auch bei uns einen erfreulichen Aufschwung nahm, der seine Rückwirkung auf das Irrenwesen selbst nicht verfehlen konnte.

Diese Rückwirkung machte sich sehr bald in der Gesetzgebung geltend, indem der das Sanitätswesen regelnde G. A. XIV des Jahres 1876 jene Normen feststellte, welche betreffs der Versorgung von Geisteskranken zu gelten haben, und hierbei die Interessen des Kranken einerseits und der Gesellschaft andererseits ebenso berücksichtigte, wie er auch die persönliche Freiheit nach Möglichkeit zu sichern bestrebt war. Bemerkenswert ist auch die Verfügung desselben, daß persönliche Beschränkung und Zwangsmittel bei Geisteskranken nur im Notfalle und nur auf ärztliche Anordnung in Anwendung kommen dürfen.

Eine weitere Folge des wissenschaftlichen Aufschwunges war die, daß die Ärzte anfingen, sich psychiatrische Kenntnisse zu erwerben, im gegebenen Falle die Geistesstörung früher und leichter erkannten, aus den Ausweisen und sonstigen Mitteilungen der Anstalten die Überzeugung von der Heilbarkeit der Psychosen gewannen, jenen Symptomen, welche auf die in einem späteren Stadium der Krankheit möglicherweise eintretende Gemeingefährlichkeit hindeuteten, größere Beachtung schenkten, und infolgedessen ebenso wie auch das Publikum, trotz seiner Abneigung gegen die Irrenanstalten, bestrebt waren, ihre Kranken je früher in der Anstalt unterzubringen.

Aus diesem Umschwunge der Kenntnisse und Auffassungen ergab sich natürlich, daß die Krankenbewegung in den beiden staatlichen Irrenanstalten stetig wuchs und insbesondere der Krankenstand der im Zentrum des Landes gelegenen Anstalt zu Lipótmező die ursprünglich dort festgesetzte Bettenzahl immer mehr überschritt, so daß jenes Institut, welches für 500 Kranke eingerichtet wurde, selbst 800 Kranke beherbergen mußte. Es trat also die Notwendigkeit einer neuen Anstalt zutage, und so erstand im Jahre 1884 die für 244 Kranke berechnete Landes-Irrenpflegeanstalt zu Angyalföld (Engelsfeld) in Budapest.

Die Angyalfölder Anstalt sollte ursprünglich nur der Pflege unheilbarer und gemeingefährlicher Geisteskranker dienen, aber einerseits die stetig anwachsende Zahl der der Anstaltsbehandlung bedürftigen Kranken, andererseits auch der Umstand, daß man die heilbare oder unheilbare Natur einer Geistesstörung nicht immer mit Sicherheit zu konstatieren vermag, machten die konsequente Durchführung jener Bestimmung unmöglich, und so entsprach der Titel der Anstalt eigentlich niemals dem Charakter derselben, weshalb ihr auch mittels des G. A. XXXVI 1897 der Titel „Staats-Heilanstalt für Geisteskranke" (állami elmegyógyintézet) beigelegt wurde, mit welcher Benennung die kompetenten Faktoren gleichzeitig einer moderneren und humaneren Auffassung Raum geben wollten, wie dies aus dem Motivenberichte hervorgeht, dessen bezügliche Stelle folgendermaßen lautet: „. . . aber auch aus humanitären und ethischen Rücksichten, damit der Umstand, daß sie in einer Anstalt für Unheilbare interniert sind, in ihren freien, lichten Momenten nicht deprimierend auf die Pfleglinge einwirke, damit ferner das Bewußtsein des Unabänderlichen in den Angehörigen des Kranken nicht das rohe Gefühl der so leicht entstehenden Gleichgültigkeit erwecke, mußte man der Anstalt eine solche Benennung geben, die ihrer gegenwärtigen Bestimmung und den im Auslande gebräuchlichen Benennungen am ehesten entspricht . . ."

Auch die Engelsfelder Irrenanstalt konnte nur dem momentanen Bedürfnisse Genüge leisten und war, trotzdem ihre Aufnahmsfähigkeit auf 304 erhöht wurde, fortwährend überfüllt, ebenso wie die Anstalt im Leopoldifelde, wo die Zahl der untergebrachten Kranken schon die 900 überstieg.

Und bei all dieser Überfüllung war doch nur ein geringer Teil jener Geisteskranken aufgenommen, deren anstaltliche Versorgung eine unabweisliche Not-



wendigkeit war. Unter solchen Umständen mußte an einen weitern und zwar möglichst raschen Ausbau der Irrenfürsorge gedacht und geschritten werden. Tatsächlich erfolgte auch von dem Zeitpunkte an, wo der gewesene Oberphysikus des Zempléner Komitats Dr. Kornél Chyzer an die Spitze der Sanitätsabteilung im Ministerium des Innern trat (1893), dieser Ausbau in regem Tempo.

Wie dieser Ausbau geschah und zu welcher Entwicklungsstufe er bis heute führte, das ergibt sich aus der anschaulichen Darstellung des Herrn Ministerialrats Chyzer selbst, und so erübrigt mir nur, die weitere Entwicklung der Psychiatrie als wissenschaftlicher Disziplin in Ungarn zu schildern.

Einen Wendepunkt in dieser Hinsicht bedeutete die im Jahre 1882 erfolgte Errichtung einer Lehrkanzel für Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten an der Budapester Universität, auf welche, zunächst als außerordentlicher Professor, und zwar gleichzeitig auch für gerichtliche Psychopathologie der Privatdozent Karl Laufenauer berufen wurde, der dann im Jahre 1891 zum ord. Professor vorrückte und auch mit der Abhaltung neurologischer Vorlesungen betraut wurde. L.s Wirksamkeit erstreckte sich ebenso auf das klinische und histologische Gebiet der Psychiatrie und Neurologie, für deren enge Zusammengehörigkeit er stets eingetreten war, wie auf die Fragen der Irrenfürsorge. Von seinen zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten fanden insbesondere die über Hysterie und Hypnotismus viel Aufmerksamkeit, und wie sein erster Führer Fr. Schwartzer, so verstand auch er es, Schule zu machen und für einen Nachwuchs zu sorgen, dessen wissenschaftliche Bedeutung in den Fachkreisen des Auslandes ebenso wie der Heimat anerkannt und gewürdigt wird. Doch stieg er 1901 ins Grab, ohne seinen Lieblingswunsch nach einer neuen psychiatrischen Klinik erfüllt gesehen zu haben.

Diesen zu verwirklichen war erst seinem ihm dankbar ergebenen Schüler und berufenen Nachfolger, Hofr. Ernst Emil Moravcsik, beschieden, welcher in der im Herbst v. Js. eröffneten neuen Klinik eine Stätte schuf, wo die psychiatrische Forschung alle Hilfsmittel findet, um den neuzeitigen Anforderungen und auch dem Umstande, daß die Psychiatrie seit 1901 Prüfungsgegenstand ist, in jeder Beziehung entsprechen zu können. Auch fehlt es da nicht an Arbeitskräften (Reuter, Goldberger u. a.), die unter der zielbewußten Leitung des Vorstandes Tüchtiges leisten, während mehrere Schüler M.s, wie Priv.-Doz. E. Németh, Leiter der Beobachtungsstation für kriminelle Geisteskranke, Priv.-Doz. K. Hudovernig, ord. Arzt einer hauptstädtischen Spitals-Abteilung für Geisteskranke, die Primärärzte K. Décsi und G. Sipöcz, ferner der Sanatoriumsbesitzer E. Ringer, schon selbständig tätig sind. Moravcsik ist ein überzeugungstreuer Anhänger der klinischen Richtung, wie sie in Deutschland namentlichvon Kraepelin, Sommer u. a. verfolgt wird, und seine in überaus großer Zahl in ungarischen, deutschen und auch französischen Zeitschriften erschienenen wissenschaftlichen Arbeiten, in welchen sich neben voller Beherrschung des Stoffes ein besonders feines Beobachtungstalent kundgibt, behandeln auch fast ausschließlich klinische, zum Teil forensisch-psychiatrische Fragen; außerdem verfaßte er ein bereits in 2. Aufl. erschienenes großes und vorzügliches Lehrbuch der Psychiatrie und, vereint mit einem Juristen, ein umfangreiches und sehr zweckentsprechendes Handbuch für die gerichtsärztliche Praxis.

Mehr das Gebiet der Neuropathologie und besonders der path. Histologie des Zentralnervensystems kultiviert der nächstälteste Schüler Laufenauers, Prof. Karl Schaffer, ord. Arzt der Nerven- und Irrenabteilung des hauptstädtischen „Elisabeth“-Siechenhauses und der Poliklinik, dessen fruchtbare und erfolgreiche wissenschaftliche Tätigkeit um so höher einzuschätzen ist, als sie unter wenig günstigen äußeren Verhältnissen geleistet wird, insofern ihm nur ein zum größten Teil aus eignen Mitteln eingerichtetes und erhaltenes winzig kleines Laboratorium zur Verfügung steht, wo er ganz auf sich allein angewiesen ist. Trotzdem fanden hier schon mehrere namhaft gewordene Kollegen (Bálint, Ferenczi, Frey, Renner u. a.) Anleitung und Anregung, wie auch seine Vorlesungen über Neuropathologie zu den bestfrequentierten gehören. Seine wissenschaftlichen Arbeiten sind speziell in deutschen Kreisen zu bekannt, als daß sie hier des näheren bezeichnet werden müßten; außer den vielen histologischen Arbeiten, die in den letzteren Jahren vielfach die Sachssche Idiotie zum Gegenstand hatten, sei nur aus früherer Zeit auf seine experimentellen Studien über Hysterie und die Erscheinungen der Hypnose und aus neuerer Zeit auf seine „Anatomisch-klinischen Vorträge“ über Tabes und Paralyse verwiesen.

Professor Arthur v. Sarbó sei hier eben nur als Schüler Laufenauers genannt, da seine rege, verdienstvolle und rühmlichst bekannte wissenschaftliche Tätigkeit ausschließlich der klinischen Neurologie angehört; ebenso Priv.-Doz. Fr. v. Reusz, der sich bisher hauptsächlich mit Histologie beschäftigte. Hingegen ist hier Paul Ranschburg vermöge seiner bekannten experimentalpsychologischen Arbeiten zu erwähnen. Es ist sein Verdienst, die Experimentalpsychologie in Ungarn als erster systematisch be-



trieben zu haben, und ist es auch ihm zu danken, daß zur Pflege derselben im Anschlusse an das heilpädagogische Institut ein seiner Leitung unterstelltes psychologisches Laboratorium errichtet wurde. — Aus der Schule Laufenauers gingen nebst anderen noch Prim. K. Pándy und Priv.-Doz. L. Hajós hervor, die sich durch fleißige fachliterarische Tätigkeit auszeichnen; ersterer veröffentlichte vor kurzem einen umfangreichen, vergleichenden Bericht über die Irrenfürsorge in Europa.

Wenige Jahre nach der Errichtung der Budapester psychiatrischen Lehrkanzel erhielt auch die Universität in Kolozsvár (Klausenburg) eine solche und wurde dieselbe im Jahre 1888 ebenfalls von einem Schüler Franz Schwartzers, nämlich von Karl Lechner, der bis dahin Direktor der Angyalfölder Irrenanstalt war, bezogen. Auch die Kolozsvárer Lehrkanzel litt lange Zeit unter dem Mangel einer entsprechenden Klinik, doch gelang es den Bemühungen Hofr. Lechners, früher als dies in Budapest geschah, die Errichtung einer neuen Klinik zu erwirken. Dieselbe, im Pavillonstil erbaut und mit einer Nervenabteilung versehen, wurde im Jahre 1901 eröffnet und gehört sicherlich zu den schönsten und besteingerichteten psychiatrischen Kliniken der Gegenwart. Insbesondere ist sie auch zu Zwecken psycho-physiologischer Untersuchungen vollkommen ausgerüstet, worin die spezielle Neigung L.s zum Ausdruck gelangt, wie auch der größte Teil seiner tiefdurchdachten und gehaltvollen wissenschaftlichen Arbeiten den Stempel dieser Neigung trägt. Die leitenden Ideen seiner Lehre sind seiner auch in deutscher Sprache (Jahrgang 1901 dieser Wochenschrift) erschienenen Arbeit „Psychomechanische Bestrebungen auf dem Gebiete der Psychiatrie" entnehmbar. Der Umstand, daß die von ihm verfolgte Richtung eigene Begabung und besondere Hingebung voraussetzt, bringt es wohl mit sich, daß seine Schüler (Strobl, Kenéz, Hegyi, Fabiny, Luács u. a.) sich mehr anderen Richtungen zuwandten.

Sind auch die erwähnten beiden Universitätskliniken die natürlichen Zentren der wissenschaftlichen Psychiatrie geworden, so haben doch auch die Anstalten nicht aufgehört, Stätten ernster wissenschaftlicher Bestrebungen zu sein, und finden wir an denselben Männer tätig, die ebenso eifrig wissenschaftlichen Arbeiten obliegen, wie sie auch unermüdliche Förderer der Irrenfürsorge und im allgemeinen des Irrenwesens sind.

Allen voran ist der seines Vaters würdige Sohn Franz v. Schwartzers, Hofr. Otto von Schwartzer-Babarcz zu nennen, der nach dem Tode seines Vaters im Jahre 1889 die Leitung der von jenem begründeten Privatanstalt übernahm und, dieselbe modern ausgestaltend, sie gleichzeitig in ihren Dimensionen ausbaute, so daß sie eine der größten Privatanstalten des Kontinents sein dürfte. Getreu den Traditionen seines Vaters unterließ er es aber auch nicht, seine schon früher begonnene wissenschaftliche Tätigkeit fortzusetzen und hierdurch wie auch unmittelbar als Vorgesetzter und in seiner Eigenschaft eines Privatdozenten der jurid. Fakultät bildend und erziehend zu wirken, wobei ihm seine Meisterschaft in Wort und Schrift überaus zustatten kam. Zwischen seiner ersten größeren, in deutscher Sprache erschienenen Arbeit „Über transitorische Bewußtlosigkeitszustände" und seinem vor drei Jahren erschienenen großangelegten Referate „Über die beschränkte Zurechnungsfähigkeit" liegt eine erstaunliche Reihe von kleineren und größeren Einzelarbeiten und stattlichen Werken, deren einzelne als Standard works der ungarischen psychiatrischen Literatur bezeichnet werden müssen. Der größere Teil dieser Arbeiten, welche sich durch volle Sachkenntnis, erschöpfende Ausführlichkeit und große Klarheit auszeichnen, ist der gerichtlichen Psychiatrie gewidmet; auch rührt von ihm der Entwurf zu einem Irrengesetze her, den er im Auftrage des Landessanitätsrates, dessen zweiter Präses er ist, ausarbeitete. — Unter seiner Leitung bildeten sich mehrere seiner Assistenzärzte zu tüchtigen Spezialisten aus, so Ign. Fischer, der sich mit gerichtlicher Psychiatrie beschäftigt, Oberarzt A. Langer und der vorher an der Angyalfölder Anstalt unter Oláh und Verf. tätig gewesene Phil. Stein, welcher in Anerkennung der Verdienste, die er sich um die antialkoholistische Bewegung in Ungarn erworben hat, den Titel „kön. Rat" erhielt.

Und noch einmal muß der Name Schwartzer genannt werden, indem einer der letzten Schüler des Begründers der sobenannten Anstalt, Eugen Konrad, Direktor der Staatsanstalt auf dem Lipótmező, zu erwähnen ist, welcher ebenfalls auf eine rührige und vielseitige wissenschaftliche Tätigkeit zurückblickt, die er auch jetzt, wo er mit Verwaltungsgeschäften überhäuft ist, nicht ganz aufgegeben hat. Seine letzte größere Arbeit handelt über die Schädelmaße der verschiedenen Rassen Ungarns. Als Privatdozent trägt er an der Universität „Verwaltungs-Psychiatrie" vor, und ist als sein besonderes Verdienst hervorzuheben, daß auf seine Initiative hin vor vier Jahren die Familienpflege in Ungarn eingeführt wurde und dank seiner steten Einflußnahme auch schon einen verhältnismäßig bedeutenden Umfang gewonnen hat. Als Vorgesetzter versäumt er es nicht, die Anstaltsärzte zu praktischer oder fachliterarischer Arbeit an-

zuregen, und sind von jenen in diesem Sinne D. Nagy, G. Verubek und J. Hollós zu nennen.

Zu jenen, die den irrenärztlichen Beruf nicht in der Erledigung der Anstaltsangelegenheiten erschöpft sehen, gehört auch Gustav v. Oláh, der Direktor der Angyalfölder Staatsanstalt, der unter Niedermann die psychiatrische Laufbahn betrat, dann einige Jahre als Fachreferent im Ministerium des Innern diente, ehe er im Jahre 1889 die Leitung der Anstalt übernahm. Nebst vielen kleineren Arbeiten, welche Fragen der Irrenfürsorge und der klinischen Psychiatrie behandeln, gab er vor wenigen Jahren unter dem Titel „Az elmebetegségek orvoslása" (Therapie der Geisteskrankheiten) ein größeres Werk heraus, in welchem sich, wie Moravcsik*) richtig bemerkt und wie es auch von seinen anderen Arbeiten gilt, „der Scharfblick und die humane Denkungsart des von modernen Anschauungen erfüllten und auf der Höhe seines Berufes stehenden Fachmanns" verrät. — Unter seiner Leitung begann auch Verf. seine psychiatrische Tätigkeit, während Edm. Blum, jetzt Sanitätsoberinspektor und Fachreferent im Ministerium des Innern, an derselben Anstalt noch unter Lechner tätig war.

Das Krankenmaterial dieser Anstalt benutzt als Privatdozent zu seinen Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten der nicht aus einer ungarischen, sondern aus der Schule Leidesdorfs hervorgegangene J. Salgó, der sich, ehe er im Jahre 1884 nach Budapest kam, um hier Primararzt der Lipótmezöer Anstalt zu werden, auch schon in Wien als Privatdozent habilitiert hatte. Seine dort begonnene, ebenso intensive wie wertvolle wissenschaftliche Tätigkeit setzte er hier in gleicher Weise fort, und seine der klinischen Psychiatrie gewidmeten Arbeiten wurden von den Fachkreisen hier wie auswärts jederzeit beachtet, anerkannt und gewürdigt, wie auch sein in ungar. und deutscher Sprache in zwei Auflagen erschienenes Kompendium der Psychiatrie namentlich in der vorkraepelinschen Zeit zu den meist verbreiteten Lehrbüchern gehörte, aber auch jetzt noch sich einer großen Verbreitung erfreut.

Zum Schlusse, doch dem Werte nach durchaus nicht in letzter Reihe zu nehmen, ist noch Jak. Fischers zu gedenken, der die Psychiatrie in Pozsony (Preßburg) als Primararzt des dortigen staatlichen Krankenhauses praktisch und literarisch vertritt; ferner der Primärärzte Willib. Strobl und Béla Révész, die beide der jüngeren Generation angehörig und an der Nagyszebener Anstalt tätig, schon mehrere gediegene Arbeiten lieferten.

*) Moravcsik, l. c.

Aus dieser gedrängten Schilderung der Tätigkeit einzelner ist ersichtlich, daß die Psychiatrie in Ungarn durch eine verhältnismäßig nicht unbedeutende Zahl von Fachleuten vertreten ist, die mit verschiedener Eignung und verschiedenem Erfolg, aber durchwegs nach Kräften dazu beitragen, die wissenschaftliche Erkenntnis zu fördern und das Wohl der Geisteskranken zu heben. Der Gesamterfolg ihrer Tätigkeit trat von dem Zeitpunkte an klarer zutage, mehrte und vertiefte sich auch, als sich im Jahre 1896 auf Laufenauers Anregung innerhalb des Budapester Ärztevereins eine psychiatrisch-neurologische Sektion konstituierte, welche, zunächst allerdings in der Hauptstadt selbst, dem psychiatrisch-wissenschaftlichen Leben einen dauernden Impuls verlieh, ein Zusammen- und Aufeinanderwirken mehrerer ermöglichte und dem bis dahin ziemlich fehlenden kritischen Eingreifen Raum sicherte.

Die hierdurch vorerst in der Hauptstadt emsig gewordene berufliche Tätigkeit zeitigte alsbald das Verlangen nach einer engeren Fühlungsnahme der Budapester Fachkollegen mit denen in der Provinz, und so kam im Jahre 1900 die erste Landeskonferenz der ungarischen Irrenärzte zustande,*) die von solchem Erfolge begleitet war, daß eine periodische Wiederkehr derselben allseitig gewünscht und tatsächlich auch erzielt wurde. In zweijährigen Intervallen traten seither die Irrenärzte Ungarns zu Konferenzen zusammen, deren Bedeutung nicht nur in der das geistige Streben belebenden und das Solidaritätsgefühl der Berufskollegen kräftigenden Wirkung liegt, sondern auch darin, daß dieselben unter der regen Teilnahme der Regierung erfolgen, wodurch die behördliche Förderung der Interessen unseres Faches in wirksamster Form angebahnt wird. Die unmittelbaren Ergebnisse der bisher abgehaltenen vier Landeskonferenzen liegen in vier Bänden vor, deren Inhalt von dem hohen Niveau zeugt, auf welchem sich jede einzelne der Konferenzen bewegte.

Außer diesen Konferenzberichten, die gewissermaßen ein Archiv der ungarischen Psychiatrie darstellen, besitzen wir seit sechs Jahren auch eine Fachzeitschrift, die von v. Schwartzer und Moravcsik herausgegeben, unter dem Titel „Elme-és idegkórtan" (Psychiatrie und Neurologie) als Beilage des „Orvosi Hetilap" in vierteljährlichen fünf bis sechs und mehr Bogen starken Heften erscheint und nebst Referaten und den Berichten der psychiatrisch-neurologischen Sektion einen Teil der ungarischen Facharbeiten bringt, während der übrige Teil, sofern nicht ausländische Zeitschriften aufgesucht werden,

*) Bericht in dieser Zeitschrift, II. Jahrgang, Nr. 35 ff.



in den verschiedenen allgemein-medizinischen Blättern Ungarns publiziert wird.

So skizziert sich beiläufig das Bild des gegenwärtigen Standes der Psychiatrie in Ungarn.

Bedenkt man, daß erst ein halbes Jahrhundert verstrichen ist, seit hierzulande die erste nennenswerte psychiatrische Arbeit die Druckpresse verließ, so wird man das vorstehend geschilderte Entwicklungsresultat, wie es uns heute vorliegt, gewiß achtungswert finden; bedenkt man ferner, daß die älteste öffentliche Irrenanstalt des Landes noch nicht fünfzig Jahre besteht, so wird man die Tatsache zu würdigen wissen, daß im Laufe des vorigen Jahres 14724 Geisteskranke sich teils in anstaltlicher, teils in Familienpflege befanden, von welchen zu Ende des Jahres 8575 (hiervon in Familienpflege 717) untergebracht waren; und hält man sich endlich vor Augen, daß im Jahre 1868 die gesamten Ausgaben zu Zwecken des Irrenwesens 250000 Kr. (125000 fl.) betrugen, von welcher Summe mehr als die Hälfte zur Zahlung der Verpflegungsgebühren für im Auslande untergebrachte Geisteskranke verwendet wurde, so wird man die Summe von 1763981 Kr., die für dieses Jahr zur Bedeckung der Erfordernisse der vier Staatsanstalten in Voranschlag gebracht ist, als sehr ansehnlich bezeichnen müssen, um so mehr, als die mit rund 500000 Kr. zu berechnenden Kosten für die sonst versorgten Geisteskranken hier nicht einbezogen sind; allerdings stehen diesen Ausgaben auch 531680 Kr. als Einnahmen der vier Staatsanstalten gegenüber.

Trotzdem wird sich kein Verständiger hier der Einsicht verschließen, daß die Summe unserer Leistungen, gemessen zu jenen der großen Kulturnationen, noch eine bescheidene ist, daß unsere Einrichtungen nicht nur, wie überall, verbesserungsfähig sind, sondern noch gar manche Mängel aufweisen, daß wir noch manches nachzuholen, noch vieles zu schaffen haben; andererseits aber wird jeder billig denkende Fremde zugeben müssen, daß Ungarn die wenigen Jahrzehnte seit der Wiederherstellung seiner Verfassung zu fleißiger kultureller Arbeit genutzt hat, daß wir speziell auch auf dem Gebiete der Psychiatrie und des Irrenwesens ein mitzählender Faktor geworden sind, und daß wir nicht mit leeren Händen dem XVI. internationalen medizinischen Kongresse entgegengehen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

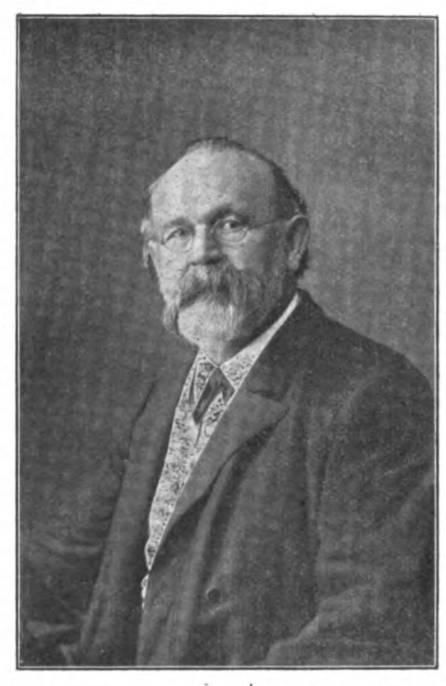
Nr. 24 4. September **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Dem Doktorjubilar, Geheimen Sanitätsrat Dr. Alfons Bilharz, Sigmaringen. — Über die Wirkung des Veronal-Natriums. Von Dr. M. H. Göring, München. (S. 214). — Mitteilungen (S. 217): 40. Versammlung des Vereins schweizerischer Irrenärzte in Préfargier. — Die Psychiatrie in der Tagespresse. — Nervenheilanstalt Speichersdorf. — Auf eigenen Wunsch vom Sohne getötet. — Bluttaten im Wahnsinn. — Referate. — Personalnachrichten.

Dem Doktorjubilar, Geheimen Sanitätsrat Dr. Alfons Bilharz, Sigmaringen.

Die 50jährigen Doktorjubiläen häufen sich. Nur wenige Tage nach seinem Conjubilarius und Opponenten (vice versa) Wilhelm Ebstein feierte, am 16. Juli d. Js., Alfons Bilharz den Gedächtnistag unter Erneuerung des Diploms von seiten der Berliner medizinischen Fakultät.



Bilharz hat seine Universitätsstudien in Freiburg i. B. 1854 begonnen, in Heidelberg, Würzburg, Wien fortgesetzt und in Berlin mit dem med. Staatsexamen zum Abschluß gebracht. Nachdem er schon einen Winter (1859/60) bei seinem Bruder Theodor Bilharz, dem Entdecker des Eingeweidewurms Distoma haematobium und der nach ihm benannten Bilharziakrankheit, in Ägypten zugebracht hatte, führte ihn der Geist der Unruhe und der Trieb, fremde Länder kennen zu lernen, 1865 nach den Vereinigten Staaten, wo er bis 1878 sich der ärztlichen Praxis widmete. Nur ungern die Gastfreundschaft des herrlichen Landes aufgebend, kehrte er mit seiner inzwischen gegründeten Familie in die alte Heimat zurück, vom Wunsche beseelt, eine nach und nach herangereifte philosophische Gedankenreihe zum Abschluß und zum Druck zu bringen („Heliozentrischer Standpunkt der Weltbetrachtung“, Stuttgart, Cotta, 1879). Hier, in seiner Vaterstadt Sigmaringen, übernahm er 1882 die Leitung des Fürst Carl-Landesspitals, mit dem eine kleine Anstalt für Geisteskranke verbunden war. Bilharz hatte das Glück und die Befriedigung, die Anstalt aus sehr bescheidenen Zuständen in modernem Sinne umgewandelt und bedeutend vergrößert zu sehen, als er 1907 infolge eines Augenleidens gezwungen war, nach 25jähriger Dienstzeit die Leitung der Anstalt niederzulegen. Seine zusammenfassenden Anschauungen über physiologische und pathologische Psychologie oder Psychiatrie hat er in der Jubelschrift des Landesspitals 1897 („Über die Natur und die Einteilung der Geisteskrankheiten“), ausführlicher und systematisch in der „Lehre vom Leben“ (1902) dargelegt. („Psychische Aberration“, S. 296 ff.) Bilharz hat Zeit seines Lebens, seit seiner Beschäftigung mit physiologischen Arbeiten in Du Bois-Reymonds Laboratorium (vergl. A. Bilharz und O. Nasse, Über Elektrotonus im modifizierten Nerven, Du Bois-Reymonds und Reichards Archiv 1861; Neue Denklehre, S. 125 f.) die Annäherung von Naturwissenschaft und Philosophie im Auge gehabt, als grundsätzlicher Gegner des heute herrschenden materialistischen Monismus („Hylomonismus“). Wie Descartes, in der Verbindung intensiver und extensiver Größen, die analytische Geometrie, so schuf Bilharz sich in dem Satz, daß die logische Enantialität anschaulich Rektangularität sei („konträre Gegensätze stehen auf einander senkrecht“), sozusagen eine logische Geometrie, mit deren Hilfe er in das der physischen Weltbetrachtung entgegengesetzte Wissensgebiet der Metaphysik einzudringen unternahm. In der Tat bedeutet dies eine

ganz neue philosophische Untersuchungsmethode, die daher auch noch keine Würdigung gefunden hat. Annäherung an die Mathematik bekundet die mit dem Mathematiker Portus Dannegger (1881) herausgegebene Schrift: „Metaphysische Anfangsgründe der mathematischen Wissenschaften"; Annäherung an den kritischen Idealismus die „Erläuterungen zu Kants Kritik der reinen Vernunft" 1884, und „Mit Kant über Kant hinaus" 1904. Das System als Ganzes ist dargestellt in dem dreibändigen Werk: „Metaphysik als Lehre vom Vorbewußten" (Wiesbaden, J. F. Bergmann), und zwar im I. Band (1890—97) „die Grundlagen der formalen Erkenntnis", im II. Band „die Lehre vom Leben; Grundlagen der inhaltlichen Erkenntnis", im III. Band die „Neue Denklehre" (1908).

Dem Jubilar ist es vergönnt, sein otium cum dignitate im Kreise seiner zahlreichen Familie in körperlicher Rüstigkeit und geistiger Frische weiter zu führen. Ad multos annos!

Dr. phil. Kurt Fischer, Berlin.

Über die Wirkung des Veronal-Natriums.

(Aus der K. psychiatrischen Klinik zu München.)

Von Dr. *M. H. Göring*.

Auf der weiblichen Wachabteilung der K. psychiatrischen Klinik in München wurde in den letzten Monaten häufig Veronal-Natrium, welches von den Farbwerken vorm. Friedrich Bayer & Comp. zur Verfügung gestellt worden war, als Schlafmittel gegeben. In der Regel wurde um 8 Uhr abends 1,0 g Veronal-Natrium, in einem Teelöffel Zuckerwasser gelöst, per os verabreicht. Lieber wurden die in gleicher Weise gelösten Tabletten mit Kakaozusatz genommen; in Fall II—IV, VI, XIII und XVIII wurde die gleiche Dosis subkutan gegeben. Das Ergebnis war folgendes:

I. A. H., 28 Jahre alt, manischer Stupor mit Erregungszuständen.

Da die Kranke nachts wenig schlief und die anderen Kranken störte, mußte sie häufig ganze Nächte im Bade zubringen. Die meisten Schlafmittel, z. B. Veronal, Trional, Paraldehyd, nahm sie nicht. Hyoszin beruhigte sie nicht. Vom 2. 3. bis 4. 4. wurde ihr 21 mal Veronal-Natrium gegeben, und zwar in der Regel 1,0 g. Sie nahm es gern, wenn es ihr in einem Teelöffel mit Zuckerwasser verabreicht wurde.

Die Wirkung war folgende:

2. 3.: 10, g V.-N. Bis 1/2 11 Uhr im Bad, dann geschlafen. — 3. 3.: 1,0 g V.-N. Mit kurzer Unterbrechung geschlafen. — 4. 3.: 0,5 g V.-N. Gut geschlafen. — 5. 3.: Ohne Schlafmittel bis 1/2 10 Uhr und von 12 Uhr an im Bad. — 6. 3.: 0,5 g V.-N. 3 Stunden im Bad, dann gut geschlafen. — 7. 3.: 1,0 g V.-N. Bis 1/2 11 Uhr im Bad, dann mit öfterer Unterbrechung geschlafen. — 8. 3.: 1,0 g V.-N. Bis 12 Uhr im Bad, dann gut geschlafen. — 9. 3.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 10. 3.: Ohne Mittel gut geschlafen. — 11. 3.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 12. 3.: Ohne Mittel. Vor Mitternacht wenig, dann gut geschlafen. — 13. 3.: 1,0 g V.-N. Mit Unterbrechung gut geschlafen. — 14. 3.: Ohne Mittel, mit Unterbrechung geschlafen. — 15. 3.: 1,0 g V.-N. Mit Unterbrechung geschlafen; kurze Zeit sehr laut gelacht. — 16. 3.: Ohne Mittel, viel gelacht, ging öfters aus dem Bett. — 17. 3.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — (In den letzten Tagen aß die Kranke schlecht.) — 18. bis 23. 3.: Ohne V.-N. wenig geschlafen, zuweilen die ganze Nacht im Bad. — 22. 3.: Die Kranke bekam um 1/2 11 Uhr eine Hyoszineinspritzung, war aber trotzdem bis 2 Uhr und von 1/2 5 Uhr ab im Bad. — 24. 3.: 1,0 g V.-N. Sehr erregt. Von 1/2 1 Uhr mit öfterer Unterbrechung geschlafen. — 25. 3.: Bis 11 Uhr im Bad, dann ruhig geschlafen. — 26. 3.: 1,0 g V.-N. Bis 1/2 10 Uhr im Bad, dann gut geschlafen. — 27. 3.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 28. 3.: 1,0 g V.-N. Bis 3 Uhr im Bad, dann gut geschlafen. — 29. 3.: Ohne Mittel. Die ganze Nacht im Bad. — 30. 3.: 1,0 g V.-N. Bis 1/2 12 Uhr und von 5 Uhr an im Bad. In der Zwischenzeit geschlafen. — 31. 3.: Ohne Mittel. Bis 4 Uhr im Bad, dann geschlafen. — 1. 4.: 1,0 g V.-N. Bis 11 Uhr im Bad, dann gut geschlafen. — 2. 4.: 1,0 g V.-N. Bis 1/2 12 Uhr im Bad, dann gut geschlafen. — 3. 4.: 1,0 g. V.-N. Bis 1/2 12 Uhr im Bad, dann gut geschlafen. — 4. 4.: 1,0 g V.-N. Bis 12 Uhr im Bad, dann gut geschlafen. — 5. 4.: Ohne Mittel. Gut geschlafen bis gegen Morgen. — 6. 4.: Ohne Mittel. Von 10 Uhr ab im Bad. — 7. 4.: Ohne Mittel. Die ganze Nacht im Bad.

II. L. B., 29 Jahre alt, Manie.

Die Kranke war sehr erregt und laut; bis zum 6. Juni bekam sie fast täglich etwa um 11 Uhr abends eine Hyoszineinspritzung, auf die hin sie in der Regel bis 4 Uhr morgens schlief. Am 6. Juni trat plötzlich Fieber ein, das an den folgenden Tagen über 40° stieg; es stellte sich heraus, daß die Kranke ein Erysipel hatte. Da die Kranke trotz des hohen Fiebers zeitweise noch sehr laut war, Hyoszineinspritzungen und Dauerbäder nun aber nicht mehr ratsam waren, erhielt die Kranke vom 9. 7. ab fast täglich 1,0 g V.-N. eingespritzt, und zwar mit folgendem Erfolg:

7. 6.: Temp. 39,6; 10 Uhr Hyoszininjekt; bis 1/2 2 Uhr geschlafen, dann sehr laut, nochmals Hyoszininjekt., dann gut geschlafen. — 8. 6.: Temp. 38,1; 9 Uhr Hyoszininjekt., bis 11 Uhr noch sehr unruhig, 1 Std. Packung, bis 1/4 3 Uhr geschlafen, dann sehr laut, ins Bad. — 9. 6.: Temp. 40,0; 10 Uhr Hyoszininjekt.; schlief sehr unruhig, um 1/4 12 Uhr 1,0 g V.-N., bis 5 Uhr gut geschlafen. — 10. 6.: Temp. 39,6



vormittags sehr laut, 1,0 g V.-N.; nach 1/2 Std. einige Stunden gut geschlafen. Abends 3/4 11 Uhr 1,0 g V.-N.; gut geschlafen bis 4 Uhr, dann wieder etwas laut. — 11. 6.: Temp. 40,3; bis 11 Uhr geschlafen, dann zeitweise sehr laut; 1/2 2 Uhr 1,0 g V.-N.; mit Unterbrechung gut geschlafen. — 12. 6.: Temp. 39,8; bis 11 Uhr sehr laut, 1,0 g V.-N.; bis 1/2 2 Uhr geschlafen, dann wieder laut, nach 3 Uhr nochmals eingeschlafen. — 13. 6.: Temp. 40,0; 1/2 11 Uhr 1,0 g V.-N.; nach Mitternacht gut geschlafen. — 14. 6.: Temp. 39,4; 11 Uhr, 1,0 g V.-N.; bis 1 Uhr laut, dann gut geschlafen. — 15. 6.: Temp. 38,7; ohne Mittel gut geschlafen, von 3 Uhr ab viel gehustet. — 16. 6.: Temp. 38,2; ohne Mittel, schlief wenig, sehr unruhig. — 17. 6.: Temp. 38,3; ohne Mittel, schlief vor Mitternacht gut, nachher größtenteils unruhig. — 18. 6.: Temp. 37,5; 1,0 g V.-N.; schlief sehr unruhig. — 19. 6.: Temp. 38,0; 1,0 g V.-N.; schlief mit öfterer Unterbrechung. — 20. 6.: Temp. 38,7; nachmittags 1,0 g V.-N., nach 1 1/2 Std. gut geschlafen; abends 1,0 g V.-N.; größtenteils geschlafen. — 21. 6.: Temp. 39,2; ohne Mittel, öfters kurze Zeit unruhig. — 22. 6.: Temp. 39,0; 1,0 g V.-N.; schlief sehr unruhig, zeitweise sehr laut. — 23. 6.: Temp. 39,6; 1,0 g V.-N.; nach 1 Std. größtenteils geschlafen. — 24. 6.: Temp. 39,0; 1,0 g V.-N.; schlief sehr unruhig, zeitweise sehr laut. — 25. bis 27. 6.: Temperaturabfall; V.-N. ohne Wirkung. — 28. 6. bis 4. 7.: Hyoszininjektion an jedem Abend; die Kranke schlief in der Regel 4—5 Stunden gut; nur am ersten Tag war sie bis 3 Uhr nachts laut. — 5. 7.: 1,0 g V.-N. ohne Wirkung. — 6. 7.: 1,0 g V.-N.; nach 1/2 Stunde von 10 bis 1/2 4 Uhr gut geschlafen, dann wegen Unruhe ins Bad. — 7. 7.: 1,0 g V.-N.; nach 1 Stunde mit kurzen Unterbrechungen gut geschlafen.

III. B. L., 21 Jahre alt, Manie.

Die Kranke war sehr laut und gewalttätig; sie erhielt 3 Tage nacheinander V.-N.-Injektionen.

14. 7.: Ohne Mittel; die ganze Nacht im Bad, meist laut, sehr oft gewalttätig. — 15. 7.: Hyoszininjektion; schlief mit mehrmaliger Unterbrechung gut. — 16. 7.: Nachmittags 1/2 5 Uhr 1,0 g V.-N.; schlief von 7 Uhr abends bis 1/2 6 Uhr morgens. — 17. 7.: Abends 1,0 g V.-N.; schlief gut. — 18. 7.: Nachmittags 1/2 5 Uhr 1,0 g V.-N.; von 6 bis 1/2 12 Uhr geschlafen; um 1/2 12 Uhr 1,0 g V.-N.; von 1/2 1 Uhr bis 8 Uhr gut geschlafen.

IV. F. H., 30 Jahre alt, Manie.

In ständiger Erregung, war stets im Dauerbad oder unter Hyoszinwirkung. Der Kranke erhielt am 22., 23. und 24. 4. 1,0 g V.-N. subkutan injiziert. In den beiden ersten Tagen schlief die Kranke gut, die Wirkung trat schon nach 1 Stunde ein. Am 3. Tage wirkte die Einspritzung nicht.

V. A. H., 20 Jahre alt, Manie.

Die Kranke lief ohne zu sprechen im Zimmer umher und störte die anderen Kranken. Am 16. 4. brachte sie die ganze Nacht im Bade zu. Am 17. 4. bekam sie Veronal-Natrium 1,0 g. Sie schlief von 9 1/4 Uhr an gut. Am 18. 4. erhielt sie kein Schlafmittel und schlief von 1/2 10 Uhr bis 1/2 5 Uhr. Am 19. 4. war die Kranke nachts sehr lebhaft; es wurde eine Hyoszininjektion gemacht.

VI. L. B., 29 Jahre alt, Manie.

Die Kranke war sehr laut und schlug gern andere Kranke. Jeden Abend wurden ihr eine Hyoszininjektion gemacht. Am 8. 6. wurde ihr 1,0 g V.-N. injiziert, aber ohne Erfolg. Am 9. 6. wurde die gleiche Injektion gemacht, nach 1 Stunde schlief Patientin 3 1/2 Stunden lang.

VII. F. D., 42 Jahre alt, leichte Manie und Phthise.

Die Kranke erhielt gegen den Hustenreiz Codein. Trotzdem dieses seinen Zweck nicht verfehlte, schlief die Kranke schlecht. Paraldehyd wollte sie nicht nehmen. Veronal-Natrium nahm sie gern. Sie erhielt vom 14. 4. bis 1. 5. 8 mal je 0,5 g; daraufhin schlief sie in der Regel gut.

VIII. V. O., 34 Jahre alt, schwere Depression.

Fast täglich machte die Kranke Suizidversuche, im Dauerbad konnte sie nicht gehalten werden, da sie entweder mit dem Kopf untertauchte, um sich zu ertränken, oder sich aus der Wanne zu stürzen versuchte. Pulver nahm sie nicht, ebensowenig Paraldehyd in angemessener Menge. Lag sie in einem feuchten Wickel, mußte stets eine Pflegerin bei ihr sein, damit sie sich nicht aus dem Bett rollte. Hyoszin wirkte leidlich. Vom 27. 3. bis 20. 4. wurde der Kranken 14 mal je 1,0 g V.-N. gegeben mit folgendem Erfolg:

27. 3.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 28. 3.: Ohne Mittel. Wenig geschlafen. — 29. 3.: Ohne Mittel. Bis 2 Uhr nicht geschlafen, dann Hyoszininjektion. — 30. 3.: 11 Uhr Hyoszininjektion, von 2 bis 1/2 4 Uhr geschlafen. — 31. 3.: 11 Uhr Hyoszininjektion, dann etwas ruhiger. — 1. 4.: 1,0 g V.-N. Bis 3 Uhr geschlafen, dann sehr unruhig. — 2. 4.: 1,0 g V.-N. Bis 1/2 2 Uhr geschlafen, dann sehr unruhig. — 3. 4.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 4. 4.: 1,0 g V.-N. Bis 1/2 5 Uhr gut geschlafen. — 5. 4.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 6. 4.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 7. 4.: Ohne Mittel. Gut geschlafen. — 8. 4.: Ohne Mittel. Gut geschlafen. — 9. 4.: Ohne Mittel. Mit 3 maliger Unterbrechung geschlafen. — 10. 4.: 1,0 g V.-N. Bis 4 Uhr geschlafen, dann größtenteils unruhig. — 11. 4.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 12. 4.: Immer laut. 11 Uhr Hyoszininjektion, bis 4 Uhr geschlafen, dann wieder unruhig. — 13. 4.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 14. 4.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 15. 4.: 1,0 g V.-N. Größtenteils geschlafen. — 16. 4.: Ohne Mittel. Bis gegen Morgen geschlafen, dann wieder unruhig. — 17. 4.: Ohne Mittel. Wenig geschlafen, immer etwas laut. — 18. 4.: 1,0 g V.-N. Mit Unterbrechungen, in denen die Kranke unruhig war, geschlafen. — 19. 4.: Ohne Mittel. Abwechselnd unruhig. — 20. 4.: 1,0 g V.-N. Mit Unterbrechung bis 4 Uhr geschlafen, dann etwas unruhig. — 21. 4.: Ohne Mittel, bis 4 Uhr geschlafen.

IX. K. L., 48 Jahre alt, Depression.

Die Kranke schlief nur mit Unterbrechung, oft recht wenig. Sie erhielt zuweilen Paraldehyd 4,0 g, zuweilen Veronal-Natrium 0,5 g, beide mit gleich gutem Erfolg.

X. B. L., 69 Jahre alt, Depression.

Auch bei dieser Kranken erlangte man sowohl mit Paraldehyd 4,0 g als auch mit Veronal-Natrium 0,5 g in der Regel einen guten Erfolg.

XI. K. G., 72 Jahre alt, senile Demenz und Arteriosklerose.

Die Kranke war vor allem nachts unruhig und störte die anderen Kranken. Sie erhielt vom 25. 4. bis 1. 5. 7 mal Veronal-Natrium, 2 mal 1,0 g und 5 mal 0,5 g. Die Wirkung war gewöhnlich günstig.

XII. A. S., 78 Jahre alt, senile Demenz.

Sehr unruhige Kranke.

28. 5.: Hyoszininjektion, gut geschlafen. — 29 5.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 30. und 31. 5.: Je 1,0 g V.-N. Größtenteils geschlafen. — 1. und 2. 6.: Je 1,0 g V.-N. Gut geschlafen. — 3. 6.: 1,0 g V.-N. Geschlafen, aber viel gehustet. — 4. 6:



0,5 g V.-N. Von 1/2 12 Uhr ab geschlafen. — 5. 6.: Ohne Mittel. Zum Teil geschlafen. — 6. 6.: Ohne Mittel. Bis 1/2 12 Uhr geschlafen, dann sehr unruhig.

XIII. F. W., 20 Jahre alt, Chorea minor.

Die Kranke war Tag und Nacht sehr unruhig.

29. 5.: Am Tage Injektion von 1,0 g V.-N., nach 1/2 Stunde ruhig, bis 2 Uhr geschlafen, weitere 3 bis 4 Stunden ruhig. Am gleichen Abend Trional, gut geschlafen. — 30. 5.: Trional 2,0 g. Ohne Erfolg. — 31. 5.: Ohne Mittel. Bis 1/2 12 Uhr geschlafen, dann sehr laut. Veronal-Natrium 1,0 g per os, nach 1 Stunde gut geschlafen. — 1. bis 7. 6.: Trional 2,0 g. Die Kranke schlief in der Regel mäßig. Während dieser Zeit bekam sie einmal am Tag Veronal-Natrium 1,0 g per os, daraufhin schlief sie nach 1 Stunde gut.

XIV. G. K., 23 Jahre alt, hysterische Dämmerzustände.

Die Kranke war sehr laut und schlief nachts gar nicht. Sie bekam am 7. 4. Veronal-Natrium 1,0 g ohne Erfolg. Am 9. 4. wurde ihr kein Mittel gegeben, da sie etwas ruhiger war. Sie schlief mit längeren Unterbrechungen. Am 10. 4. war die Kranke wieder so laut, daß ihr Veronal-Natrium 1,0 g verabreicht wurde, wieder ohne Erfolg.

XV. M. S., 28 Jahre alt, wahrscheinlich Dementia praecox.

Die Kranke war gewöhnlich ruhig und verschlossen, zuweilen aber sehr laut und erregt. Sie neigte zu impulsiven Handlungen. Beruhigungsmittel nahm sie nicht. Mit Mühe konnte man ihr zuweilen Veronal-Natrium beibringen. Hyoszin wirkte nicht beruhigend.

20. bis 26. 3.: Ohne Mittel. Schlief sehr schlecht. — 27. 3.: 0,5 g V.-N. Schlief mit kurzer Unterbrechung gut. — 28. 3.: Ohne Mittel, gut geschlafen. — 29. 3.: Ohne Mittel, wenig geschlafen. — 12. 4.: Wegen wiederbeginnender Erregung 1,0 g V.-N., gut geschlafen. — 13. 4.: Ohne Mittel, von 1/2 12 Uhr an geschlafen. — 29. 4.: 0,5 g V.-N. Bis 12 Uhr im Bad, dann geschlafen. — 30. 4.: Ohne Mittel, geschlafen. — 1. 5.: Ohne Mittel, bis 1 Uhr im Bad, dann gut geschlafen. — 2. 6.: Ohne Mittel, mit Unterbrechung geschlafen. — 3. 6.: 0,5 g V.-N. Von 1 Uhr ab gut geschlafen. — 4. 6.: 1,0 g V.-N. Von 3/4 12 Uhr an gut geschlafen. — 5. 6.: 1,0 g V.-N. Gut geschlafen.

XVI. M. E., 41 Jahre alt, progressive Paralyse.

Die Kranke war stets sehr erregt. Hyoszin wirkte in der Regel günstig. Vom 3. 3. bis 9. 4. wurde ihr 10 mal Veronal-Natrium gegeben.

2. 3.: Ohne Mittel, größtenteils geschlafen. — 3. 3.: 0,5 g V.-N. Mit Unterbrechung geschlafen. — 4. 3.: Hyoszininjektion. Bis 1/2 12 Uhr im Bad, dann geschlafen. — 7. 3.: Hyoszininjektion. Von 1 Uhr an geschlafen. — 8. 3.: 1,0 g V.-N. Von 1 Uhr an geschlafen. — 9. 3.: Ohne Mittel, von 9 Uhr an geschlafen. — 10. 3.: Hyoszininjektion. Dann gut geschlafen. — 16. 3.: Hyoszininjektion. Dann gut geschlafen. — 17. 3.: 1,0 g V.-N. Ohne Wirkung. — 18. 3.: Ohne Mittel, bis 1/2 5 Uhr gut geschlafen. — 24. 3.: Hyoszininjektion. Dann gut geschlafen. — 25. 3.: 1,0 g V.-N. Bis 12 Uhr geschlafen und von 1/2 3 Uhr an im Bad. — 26. 3.: 1,0 g V.-N. Bis 1/2 10 Uhr ziemlich ruhig, dann Bad. — 27. 3.: 1,0 g V.-N. Einige Zeit für sich geredet, sonst ruhig geschlafen. — 28. 3.: 0,5 g V.-N. 1/2 12 Uhr bis 1/2 1 Uhr im Bad, dann mit Unterbrechung geschlafen. — 29. 3.: Ohne Mittel. 1/2 12 Uhr bis 1/2 1 Uhr und von 3 Uhr ab im Bad. — 30. 3.: Hyoszininjektion, dann gut geschlafen. — 31. 3.: 1,0 g V.-N. Ohne Wirkung. — 1. 4.: Ohne Mittel, von 11 Uhr ab gut geschlafen. — 2. 4.: 1,0 g V.-N. Bis 1/2 2 Uhr im Bad, dann gut geschlafen. — 3. 4.: Hyoszininjektion, dann gut geschlafen. — 8. 4.: Ohne Mittel, die ganze Nacht im Bad. — 9. 4.: 1,0 g V.-N. Ohne Wirkung. — 10. 4.: Hyoszininjektion, dann gut geschlafen.

XVII. J. G., 46 Jahre alt, progressive Paralyse.

Die Kranke war in der Regel sehr laut und belästigte gerne andere Kranke. Sie erhielt 3 mal im Laufe von 5 Tagen Veronal-Natrium, zuerst 0,5 g, dann 1,0 g; die Wirkung war aber nur am 1. Tage einigermaßen günstig.

XVIII. R. E., 35 Jahre alt, progressive Paralyse.

Die Kranke erhielt, da sie häufig laut war, innerhalb 7 Tagen 3 mal je 1,0 g V.-N. injiziert; das Verhalten der Kranken änderte sich nicht.

XIX. M. M., 13 Jahre alt, jugendliche Paralyse.

Die Kranke war hier und da unruhig. Es wurden dann abwechselnd Paraldehyd 4,0 g und Veronal-Natrium 0,5 g mit gleich gutem Erfolg gegeben. Pulver nahm die Kranke nicht.

XX. A. P., 28 Jahre alt, organische Hirnerkrankung.

Die Kranke lachte Tag und Nacht und war nachts recht lebhaft. Mehrere Male wurde ihr Veronal-Natrium 1,0 g gegeben, jedoch stets ohne Erfolg. Die Kranke reagierte nur auf Hyoszin.

Aus obiger Zusammenstellung geht hervor, daß bei schweren Erregungszuständen nicht unter 1,0 g Veronal-Natrium gegeben werden darf, daß dann aber auch in der Regel eine günstige Wirkung erzielt wird. Muß man häufig oder sogar täglich Beruhigungsmittel geben, so empfiehlt es sich, nach 3 bis 4 Tagen 1 bis 2 Tage nichts oder ein anderes Mittel zu geben, da sonst die Wirkung nachläßt. Häufigerer Wechsel erscheint weniger ratsam, da bei öfterem Gebrauch von Veronal-Natrium in der Regel am 1. Tage die Wirkung noch zu wünschen übrig läßt und erst am 2. Tage der gewünschte Erfolg eintritt. Setzt man dann nach 3 bis 4 Tagen aus, so kann man in der folgenden Nacht oft noch eine günstige Nachwirkung beobachten. In der Regel wurde Veronal-Natrium per os gegeben, in 6 Fällen subkutan. Nach den Injektionen trat die Wirkung schon nach 1/2 bis 1 1/2 Stunden ein. Nach den Gaben per os mußte man oft bis zu 3 Stunden auf sie warten. Auffallend gering wirkte Veronal-Natrium bei organischen Hirnerkrankungen. Ein gutes Ergebnis wurde nur in einem Falle erzielt. Bei diesem erreichte man aber den gleichen Erfolg mit 4,0 g Paraldehyd. Der Vorzug des Veronal-Natriums besteht vor allem darin, daß es sehr leicht löslich ist (1 : 5). Die Kranken nehmen es lieber als Pulver, z. B. Veronal, Trional, und in der Regel auch lieber als große Flüssigkeitsmengen, z. B. Paraldehyd. Der bittere Geschmack wird am besten bei den Tabletten mit Kakao-Zusatz verdeckt. Statt 4,0 g Paraldehyd wurde 0,5 g Veronal-Natrium stets mit gutem Erfolg gegeben, statt 2,0 g Trional



1,0 g Veronal-Natrium auch mit gutem Erfolg. Hyoszin kann natürlich durch Veronal-Natrium nicht ersetzt werden. Doch ist es sehr zu empfehlen, bei Kranken, die viel Hyoszin gebrauchen oder bei denen der ständige Gebrauch von Hyoszin kontraindiziert ist, zuweilen statt dessen Veronal-Natrium zu geben; man wird in der Regel ein günstiges Ergebnis erzielen und dabei die Kranken vor dem ständigen Gebrauch eines so heftig wirkenden Giftes, wie es Hyoszin ist, bewahren. In den oben erwähnten Fällen I und XIII lagen sogar die Verhältnisse so, daß Hyoszin nicht oder schlecht vertragen wurde, Veronal-Natrium aber häufig den gewünschten Erfolg brachte. Besonders wertvoll ist es, daß man das Mittel, wenn die Kranken es nicht per os nehmen, injizieren kann. Der Nachteil, daß man 5 ccm injizieren muß, um 1,0 g Veronal-Natrium zu geben, ist nicht groß. Am besten nimmt man in solchen Fällen statt der Pravazschen Spritze eine solche, die 5 ccm faßt; per anum wurde Veronal-Natrium nicht gegeben, da die Kranken, bei denen dies in Betracht kam, Klystiere nicht bei sich hielten. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Mitteilungen.

— **40. Versammlung des Vereins schweizerischer Irrenärzte.** Die diesjährige zweitägige Versammlung fand an Pfingsten in Préfargier statt. Der Verein ernannte den bedeutendsten italienischen Psychiater Tamburini zu seinem Ehrenmitglied. Nach den üblichen Vereinsgeschäften hielt Direktor Dardel-Préfargier ein Referat über die Entwicklung dieser Anstalt.

Préfargier wurde 1849 durch den Menschenfreund Auguste de Meuron gegründet und hat bis heute seinen Charakter als Privatinstitut gewahrt, trotzdem es zugleich die Stelle der staatlichen Irrenanstalt des Kantons Neuenburg versieht. Direkt nach dem Tode des Gründers 1852 hatte es eine schwere Zeit zu bestehen, sich dann aber glänzend entwickelt und war imstande, einen wesentlichen Teil an die Kosten zur Errichtung der kantonalen Pflegeanstalt Perreux (1889) beizutragen.

Schon 1903 war die Besoldungsfrage der Ärzte angetönt worden. Auf die diesjährige Sitzung hin wurden nun von einer Kommission Vorschläge gemacht, die dem chronischen Assistentenmangel an unseren Anstalten steuern sollten. Diese Kommission und die Versammlung konstatierten, daß es keine großen Vorteile biete, bei den Assistentenbesoldungen den Jahresgehalt von 2000 Fr. wesentlich zu überschreiten; daß dafür um so mehr Stellen für verheiratete und besser besoldete Ärzte (Oberärzte) angestrebt werden sollten. Die jetzigen Direktorengehälter entsprechen im Durchschnitt dem Einkommen einer sehr mäßigen Landpraxis. — Es wurde eine ausführliche Eingabe an die einzelnen Kantonsregierungen beschlossen, für welche man folgende Thesen festsetzte:

1. Anstrebung einer Normalbesoldung für Assistentenstellen, konsolidierte Stellen (Oberärzte) und Direktoren. Immerhin muß die Kommission noch untersuchen, ob nicht noch eine weitere Fassung angezeigt ist, damit in sämtlichen Kantonen eine Hebung der Verhältnisse möglich ist.

2. Vermehrung der Stellen mit Familienwohnung und genügende Bezahlung, um eine Familie erhalten zu können.

3. Über die staatliche Pensionsberechtigung ist sich die Versammlung noch nicht einig; ein Teil und auch die Kommission hält dafür, daß der geeignete Zeitpunkt, diese zu verlangen, noch nicht da ist, wohl aber wird der Antrag: Anerkennung der Haftpflicht des Staates bei Unglücksfällen, eventuell Versicherung, einstimmig angenommen.

4. Bewilligung aller Einrichtungen und Mittel, welche geeignet sind, die wissenschaftliche Tätigkeit an den Irrenanstalten zu fördern, namentlich auch durch Schaffung von genügenden ärztlichen Stellen oder sonstigen Hilfspersonen, so daß der Arzt nicht seine ganze Zeit und Kraft dem reinen Anstaltsdienst widmen muß.

5. Es seien Polikliniken mit den Anstalten zu verbinden. Diese sind ein wesentliches Bindeglied mit der Außenwelt und zeigen pathologische Veränderungen der Psyche, die in der Anstalt nicht beobachtet werden können.

Es wird zu dem „praktischen Jahr", das auch in der Schweiz eingeführt werden soll, Stellung genommen, indem die Versammlung den Wunsch ausspricht, daß die Irrenanstalten bei der Verteilung den andern Spitälern gegenüber als gleichwertig zu betrachten seien.

Auch in der Wärterfrage sind nicht alle Punkte definitiv erledigt worden. Folgende Besoldungen sollten an allen Anstalten erreicht werden können: Minima für Wärter 500 Fr., für Wärterinnen 400 Fr.; Maxima für Wärter 1000 Fr., für Wärterinnen 800 Fr. (Diese Ansätze sind an einzelnen Orten schon bedeutend überschritten.)

Guten Wärtern soll der Dienst in anderen Anstalten angerechnet werden bei der Festsetzung des Gehaltes. Der Urlaub soll im Jahr mit Einschluß der freien Nachmittage mindestens 40 Tage betragen. Das Postulat: Pensions- und Alterskassen wird noch



verschoben. Nach einer gewissen Zahl von Dienstjahren erhält das Wartpersonal Anerkennungsurkunden.

A. Mäder-Burghölzli spricht darauf über die Psychanalyse eines Falles von Dementia praecox.

Auf Grund von reichlichem Material stellt sich bei dem Kranken heraus, daß bei ihm eine unterdrückte polygame Tendenz, homosexuelle Tendenzen und ein starker Impotenzkomplex bestehen. Diese Tendenzen wirken determinierend auf den Inhalt der Psychose; sie führten zur Entstehung von komplizierten, weit ausgedehnten Phantasien, wo diese unbefriedigten Wünsche zur kompensatorischen Erfüllung kommen.

Pat. hält sich für den Vater einer sehr großen Anzahl Kinder, er wird zum Träger der Fruchtbarkeit der ganzen männlichen Welt, er wird zu einer kosmischen Macht, welche die Gravitation verursacht. Frauen sind eine ganze Anzahl für ihn vorgesehen, alles hohe Damen. Die als Perversitäten unlustbetonten homosexuellen Tendenzen, welche im Oberbewußten vom Gefühl des Unreinseins begleitet sind, werden nach außen durch den Transitivismus auf fremde Personen projiziert, er wird homosexuell verfolgt. Daneben hat er noch Verfolgungs- und Größenideen, die zum Teil systematisiert sind.

Die Symptome werden durch die Analyse in engen Zusammenhang gebracht; durch sie wird gezeigt, wie sie sich allmählich von der frühesten Jugend an aus dem Normalen entwickelt haben. Es sind die gleichen Mechanismen, wie die durch das Unterbewußte konstellierten Handlungen des Normalen.

De Montet-Schloß Hard: Zur Periodizitätslehre. Referent hat diese Lehre von Fließ und Swoboda einer Nachprüfung unterzogen.

Er findet, daß in einer Serie von Kettenassoziationen Vorstellungen auftreten, die mit den übrigen nicht nachweisbar assoziativ verbunden sind. Sie lassen sich oft auf stattgehabte Ereignisse oder Eindrücke zurückführen. Man findet dann, daß gewisse Intervalle, die Vorstellung und Erlebnis trennen (namentlich die 23- und 28 stündigen), häufiger sind, als alle andern zusammen.

Solche Perioden fand er in Träumen oder in der Hypnose, ferner durch regelmäßige Tagebuchführungen in den Schwankungen des Allgemeinbefindens, in Stimmungen etc. Er findet mit Swoboda, daß die Träume, besonders bei Frauen, Material verarbeiteten, das sieben oder das Vielfache von sieben Tagen vorher erlebt worden war. Ref. bestreitet, daß die Träume, wie Freud behauptet, ausschließlich unterbewußte Wünsche sind, sondern findet eben diesen „biologischen Index" mitbestimmend. Wohl am wichtigsten war, wie auch nachher in der Diskussion hervorgehoben wurde, die praktische Anwendung: Prophylaxe bei Depressionen, dipsomanischen Anfällen, Zornausbrüchen etc.

In der Diskussion des ersten Vortrages zeichneten sich scharf die gegensätzlichen Ansichten von Freunden und Gegnern der Freudschen Theorien. Die Gegner bekämpften die Erweiterung des Begriffes „sexuell", weil zu Mißverständnissen führend, und konnten überhaupt eine so früh auftretende Sexualität (bis zu drei Jahren) nicht akzeptieren.

Der Verein beschließt eine außerordentliche Versammlung im Herbst zur Lösung von verschiedenen internen Fragen und zur Diskussion von wissenschaftlichen Themen.

— **Die Psychiatrie in der Tagespresse** (cf. die Aufsätze von Lomer und Rehm in Nr. 21 und die Bemerkung von Friedländer in Nr. 22, Seite 196 dieser Wochenschrift). — Die „Hessische Landeszeitung" (Marburg), die sich „volkstümlich unabhängig" und „nationalsoziales Organ" nennt, beginnt in der Nummer vom 8. August 1909 einen Artikel mit der Überschrift: „Der Psychiater als Retter in der Not" folgendermaßen:

„Wenn Leute aus höheren Kreisen ein Verbrechen begangen haben, so kann man mit Sicherheit darauf rechnen, daß die Verteidigung Zweifel an ihrer normalen Geistesverfassung erhebt. Die Sucht mancher Psychiater, womöglich bei allen Menschen Zeichen geistiger Minderwertigkeit zu entdecken und nicht zuletzt gerade an denen mit sachverständiger Findigkeit ihre Kunst zu zeigen, deren geistige Gesundheit von Personen ihrer ständigen Umgebung nie im geringsten angezweifelt worden ist, begünstigt diese bedenkliche Unsitte nicht wenig" usw.

Im Anschluß hieran gibt die Redaktion der Psych. Wochenschrift folgende Zuschrift des Herrn Oberarztes Dr. Beyer-Bayreuth, Dr. Würzburgers Kuranstalten, bekannt:

„Bezugnehmend auf die Artikel von Lomer und Rehm in Nr. 21 der Psych.-neurol. Wochenschrift teile ich Ihnen ergebenst mit, daß ich schon seit einiger Zeit darüber bin, eine größere Arbeit über die antipsychiatrische Literatur zu schreiben, die möglichst populär gehalten sein soll.

Sie würden mich zu großem Danke verpflichten, wenn Sie in Ihrer Wochenschrift darauf hinweisen wollten mit der Bitte, daß die Kollegen mich möglichst mit Material unterstützen möchten."

— **Nervenheilanstalt Speichersdorf.** Durch die Presse ging vor kurzem die Nachricht von einem Unglücksfall in der Nervenheilanstalt Speichersdorf bei Königsberg i. Pr., wobei in einigen Zeitungen die ärgsten Beschuldigungen gegen die Anstalt erhoben wurden. So spricht die „Welt am Montag" vom 16. Aug. d. Js. von einem „neuen, wahrhaft erschütternden Fall, in dem ein furchtbar mißhandelter junger Mensch durch die Hetze seiner „Pfleger" direkt zum Selbstmord getrieben wurde", von „kräftiger Prügel", „kalter Dusche", von „weiteren Enthüllungen". Auch die „Berliner Allgemeine Zeitung" vom 13. August 1909 brachte die Nachricht; sie kolportiert das Gerücht, daß dort „auch andere Kranke" schwer, ja in ekelerregender Weise mißhandelt werden.

Der Chefarzt der Anstalt, Dr. Steinert, veröffentlicht in der Beilage zu Nr. 220 der „Ostpreußischen Zeitung" vom 13. August d. Js. eine ausführliche Aufklärung. Leider scheint die Abwehr in der Tagespresse weniger Verbreitung gefunden zu



haben als die unerhörten Angriffe. Wir geben die Ausführungen Dr. Steinerts nachfolgend in extenso wieder.

In einer hiesigen und in einer Danziger Zeitung sind Veröffentlichungen erschienen über angebliche Mißstände in der Nervenheilanstalt Speichersdorf, insbesondere über einen Fall K. Es handelt sich um einen Herrn K., der Anfang Juni dieses Jahres auf Antrag seiner Mutter in der genannten Anstalt Aufnahme gefunden hat. Der Kranke litt an einer allmählich zur Entwicklung gelangten und im Anstieg begriffenen Geisteskrankheit, verbunden mit Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungswahnideen, welche auch in der letzten Zeit vor seiner Aufnahme während seiner beruflichen Tätigkeit von seiner Umgebung bereits bemerkt worden war. Seine Aufnahme erfolgte, den gesetzlichen Bestimmungen gemäß, auf Grund der vorgeschriebenen Zeugnisse eines Königsberger Nervenarztes und des zuständigen Kreisarztes, und zwar, wie ausdrücklich attestiert worden war, durch die Art des Leidens bedingt und zum Schutze des Kranken in die geschlossene Abteilung der Anstalt, zumal dem Kranken — obwohl er sich anscheinend korrekt ausdrücken konnte — das Bewußtsein der Schwere seines krankhaften Zustandes fehlte. Gleichzeitig wurde den zuständigen Behörden über die vollzogene Aufnahme Anzeige erstattet. Der weitere Verlauf des Leidens hat auch die Notwendigkeit der Unterbringung des Patienten in die geschlossene Abteilung erwiesen.

Über den Zustand des Kranken, sein Verhalten sowie über sein Herausdrängen und seine Neigung zu Fluchtversuchen, die sich einmal bis an den innerhalb des Anstaltsterrains fließenden Beekbach ausdehnten, ist seine Mutter dauernd ärztlich eingehend unterrichtet worden und hat auch seine Briefe erhalten und beantwortet. Sie ist ferner stets bemüht gewesen, den Kranken selbst brieflich von der Notwendigkeit der getroffenen Maßnahmen zu überzeugen und handelte immer im Einvernehmen mit dem Arzte. Es liegt nicht der geringste Anhalt dafür vor, daß der Kranke jemals Mißhandlungen erlitten hat oder mit der kalten Brause behandelt worden ist. Letztere gelangt in der Anstalt überhaupt niemals zur Anwendung.

Sonntag, den 1. August frühmorgens gelang es dem Kranken, vermutlich durch die Spaltöffnung des Kippfensters in einem Klosettraum, heimlich zu entweichen. Er wandte sich zunächst nach einem Bahnwärterhäuschen und ging dann in ein benachbartes Wohnhaus, woselbst er vor den Augen des ihm nacheilenden Bahnbeamten, der ihn vorgeblich zurückzuhalten suchte, aus dem Flurfenster eines oberen Stockwerkes auf den Hof sprang. Die später hinzukommenden Pfleger und Ärzte der Anstalt fanden den Kranken in einem Stallraum gebettet vor. Er wurde durch den schon herbeigerufenen Unfallwagen, im Einverständnis mit den Anstaltsärzten, der erlittenen Verletzungen wegen zweckmäßigerweise nach der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses übergeführt. Der Chefarzt der Anstalt begab sich sofort zur Mutter des Kranken, die er von dem Vorfall in Kenntnis setzte, sowie in Begleitung der Mutter nach dem städtischen Krankenhause, wo er den diensttuenden Arzt zwecks weiterer Behandlung informierte. Die Zurückführung des Kranken nach der Anstalt ist seitens deren Leiter an keiner Stelle verlangt worden. Hinsichtlich der allgemeinen Erörterungen der oben genannten Blätter muß hervorgehoben werden, daß der Anstaltsleitung nichts davon bekannt ist, und daß Beweise dafür nicht vorliegen, daß Kranke von den Pflegern mißhandelt worden sind. Selbst bei dem geringsten Verdacht einer rohen Handlungsweise — wie sie in einem Falle angeblich vorliegen soll — erfolgt die sofortige Entlassung des Pflegers. Die Pfleger werden durch die Dienstinstruktion und durch den fortgesetzten, von den Ärzten erteilten Unterricht im Krankendienst unterwiesen und bei jeder Gelegenheit auf die richtige Behandlung der Kranken aufmerksam gemacht. Der Krankenpfleger wird erst nach einwandsfreier Ableistung einer dreimonatigen Probedienstzeit angestellt und wird auch später, sofern er seinem Wesen oder seinem Verhalten nach sich als ungeeignet erweist, sofort entlassen. Zu den Anforderungen, von denen das weitere Verbleiben im Dienste und die Anstellung abhängig ist, gehört in erster Linie die gute und verständnisvolle Behandlung der Kranken. Vor Einstellung eines Pflegers wird durch Einforderung der Zeugnisse, des Lebenslaufs und durch geeignete Nachfrage die Qualifikation des Betreffenden sorgfältig geprüft.

Die Kranken der geschlossenen Abteilung stehen mit ihren Angehörigen, wenn irgend angängig, dauernd in persönlichem und brieflichem Verkehr, der nur im Interesse der sachgemäßen Behandlung, z. B. behufs Ausschaltung von Reizmomenten durch die Außenwelt, vorübergehend eine Unterbrechung erfährt. Die Entlassung solcher Patienten erfolgt auf Wunsch der Angehörigen bezw. des gesetzlichen Vertreters jederzeit.

Königsberg, 11. August.

(gez.) Dr. Steinert.

— **Auf eigenen Wunsch vom Sohne getötet.** Eine Familientragödie hat sich in dem Schwarzwaldort Kalw ereignet. Dort beauftragte der Wirt Weiß seinen 23 jährigen, geistig nicht normalen Sohn, der an beiden Füßen gelähmt ist, ihn mit seiner Zimmerbüchse zu erschießen. Der Sohn drückte das von dem Vater vorher geladene Gewehr ab. Als der Tod nicht gleich eintrat, und der gräßlich Verwundete wiederholt bat, ihn vollends zu töten, erschlug der Sohn den Vater mit einem Beil. Weiß war wegen einer Geldangelegenheit in die größte Erregung versetzt worden, und dies war die Ursache, weshalb er in den Tod gehen wollte. Der Sohn wurde ins Gefängnis eingeliefert.

— **Bluttaten im Wahnsinn.** Über die Verbrechen eines geisteskranken Spaniers wird dem Berl. Tageblatt berichtet: Ein bisher an stillem Wahnsinn leidender Mann in Arrufa bei Guernica griff plötzlich mit dem Messer seine Mutter an, die jedoch flüchten konnte. Darauf zündete der Wahnsinnige das Haus an und begab sich auf die Landstraße, wo er zunächst seiner zufällig vorbeikommenden Frau mit einer Schaufel den Schädel einschlug. Er tötete drei weitere Passanten, bis ein Radfahrer die Leichen sah und die Gendarmerie herbeirief, die den Verrückten überwältigte und an einen Karren gefesselt nach Guernica transportierte.

Referate.

— Löwenfeld, Dr. L., Nervenarzt in München. Über die Dummheit. Eine Umschau im Gebiete menschlicher Unzulänglichkeit. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1909. XV und 339 Seiten.

Das Buch des literarisch ungemein produktiven Münchener Kollegen sei unseren Lesern dringend ans Herz gelegt. Bei unsererer Beurteilung menschlichen Handelns und bei der Prüfung des Individuums auf seine Fähigkeiten können wir uns gar nicht lebhaft genug vor Augen führen, wie es eigentlich mit dem geistigen Niveau der menschlichen Gesamtheit steht. Zu unterscheiden ist allgemeine Dummheit von der partiellen. In letzterer Hinsicht führt Löwenfeld auffallende Fälle von Kombination hervorragenden Talentes mit enormer Borniertheit an, so beim französischen Maler Courbet. Vielleicht würde sich ein Teil der partiellen Dummheiten besser als temporäre bezeichnen lassen. Als krankhaften Zustand mag L. die Dummheit nicht ansehen. Gewiß ist der Standpunkt gerechtfertigt, daß man angesichts der Verschiedenheit menschlicher Begabung eine



Unterschicht, bei der sich die geistige Veranlagung nur wenig entwickelt und entwicklungsfähig zeigt, noch zur normalen Breite rechnet, mag sie auch der offenherzige Volksmund schon als dumm bezeichnen. Immerhin ist das Argument Löwenfelds nicht ganz beweisend, wenn er sagt, der Dummen wären doch allzuviel, als daß man sie noch als direkt krankhaft auffassen dürfe. Freilich sind in verschiedenen Schulen die minderbegabten, mit der 4. Note klassifizierten Schüler vielfach $^1/_6$. Aber wenn man feststellt, wie hoch der Prozentsatz der mit Tuberkulose behafteten Menschen ist, dann kommt eine weit höhere Zahl heraus, ohne daß man deshalb aufhören dürfte, die Tuberkulose als etwas Krankhaftes zu bezeichnen. Hinsichtlich der Definition von normal, abnorm und krankhaft dürfte sich manche Anregung den Schriften von Möbius entnehmen lassen. Als Beobachtungsmaterial der Zwischenstufen zwischen geistig voll gesunden und schwachsinnigen Kindern würden sich am ehesten die Zöglinge der Sickingerschen Wiederholungsklassen in Mannheim empfehlen.

Das Buch geht auf die Formen der Dummheit ein, auf ihre Beziehungen zu Leidenschaft und Aberglaube, auf die Wirkung von Erkrankungen und der Relation zwischen Dummheit und Gehirn. In letzterer Hinsicht scheint mir die Bedeutung der Schädelbezw. Gehirngröße doch etwas zu leicht eingeschätzt. Lebensalter, Geschlecht, Rasse, Stand, Beruf, Milieu und Religion werden in ihren Beziehungen zur Dummheit untersucht. Auch den Intelligenten oder vielleicht besser gesagt den Gebildeten ist die Dummheit nicht ganz fremd, ebenso spielt sie in der Kunst und Wissenschaft und erst recht in der Politik ihre Rolle. Sowohl als wirtschaftlicher Faktor findet die Dummheit eine Würdigung als auch in ihrer Wirksamkeit bei der Massenpsyche. Vielleicht wäre eine noch ausführlichere Darlegung des praktisch wichtigen, ungemein verwickelte Fragen bergenden Kapitels über Dummheit und Kriminalität angebracht gewesen. Nach einer Erörterung der Differentialdiagnose zwischen Dummheit und Schwachsinn geht L. über zu weit ausgreifenden Untersuchungen über die Frage des intellektuellen Fortschrittes der Menschheit. Die großzügig entworfene Skizze der Entwicklung unserer Kultur von den primitivsten Zuständen an führt zu dem Resultat, daß, „wenn auch eine gewisse Hebung des intellektuellen Niveaus der großen Massen in neuerer Zeit nicht in Abrede zu stellen ist, eine Steigerung der geistigen Fähigkeiten der begabteren Bevölkerungselemente in Europa und somit ein tatsächlicher intellektueller Fortschritt gegenüber dem Altertum nicht angenommen werden kann." Nebenbei sei erwähnt, daß die Stellungnahme gegen die Lehre von der Nichtvererbbarkeit erworbener Eigenschaften auch heutzutage noch keineswegs über alle Einwände erhaben ist.

Zum Schluß ruft das Buch heraus zum Kampf gegen die Dummheit; zunächst durch hygienische Maßnahmen, unter denen die Heirats- und Fortpflanzungshygiene leider noch recht pessimistisch zu betrachten sind, während der Kampf gegen den Alkohol eher einigen Erfolg verspricht; dann durch die Maßnahmen auf dem Gebiete des Volksbildungswesens, die ja durchaus plausibel erscheinen. Weiterhin durch die etwas optimistisch aufgefaßten Maßregeln politischer, organisatorischer und wirtschaftlicher Art.

Das Buch, dessen Lektüre nicht sowohl durch den Stil als vielmehr durch den Inhalt ungemein fesselnd wirkt, wird zweifellos zu weiterer Erörterung der mannigfachen Probleme führen. Weygandt.

— Wilmanns, Über Gefängnispsychosen. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 65 S. Preis M. 1,20.

Verf. bearbeitete 277 Fälle, meist aus den Gefängnissen und aus der Untersuchungshaft, nur Männer. Er fand am meisten Verblödungsprozesse (Dem. praec.) mit 49%, dann degeneratives Irresein mit 30% und Epilepsie mit 4% vertreten. Sonst nur einige wenige Fälle von Del. tremens, Paralyse, manisch-depressivem Irresein und 26 unklare Fälle. Ganz fehlte die senile Demenz. Die erste große Gruppe umfaßt Landstreicher, Gewohnheits- und Gelegenheitsverbrecher. Bei den Landstreichern war die Krankheit meist Ursache der Vagabondage. Die meisten Gewohnheitsverbrecher waren von Kindheit an abnorm und lange schon vor der Erkrankung antisozial. Verf. glaubt, daß der Ausbruch von Dem. praec. wirklich durch die Strafhaft entstehen könne. Sie kann — besonders die schleichend entstandene — durch das Milieu gefärbt werden. Verf. unterscheidet Epilepsie und „epileptoide Entartung" und hat nur wenig eigentliche Epileptiker gefunden. Die Hysterie faßt er unter den Namen „degeneratives Irresein". Hier unterscheidet er akute und chronische Psychosen, die ersteren am häufigsten als Ganserschen Dämmerzustand. Verf. bespricht hierbei die Simulation. Unter den chronischen Formen finden sich die phantastischen Träume, hypochondrische Komplexe, am charakteristischsten ist aber der Querulantenwahn neben der Paranoia im Kraepelinschen Sinn, doch lassen sie mit Milieu-Wechsel sofort nach. Die Arbeit ist zweifelsohne eine wichtige. Näcke.

Personalnachrichten.

— **Christiania.** Als Dozent für Psychiatrie wurde Frau Dr. Ragna Vogt an der Universität Christiania zugelassen. Gleichzeitig wurde ihr das neugeschaffene Amt eines Konsulenten für psychiatrische Angelegenheiten beim dänischen Unterrichtsministerium übertragen.

— **Stettin.** Der Assistenzarzt bei der Provinzialheilanstalt zu Lauenburg i. Pom., Dr. Taubert, ist am 1. August d. Js. zum Oberarzt befördert worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

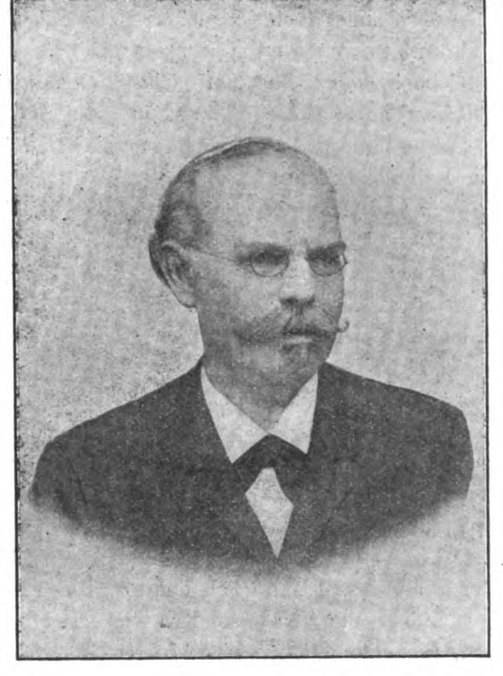
Nr. 25. 11. September **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt:
Artikel: Nekrolog für Prof. Dr. Meschede. (S. 221). — Nochmals „Mißhandlungen und große Anstalten. Von Dr. Falkenberg, Lichtenberg bei Berlin. (S. 222). — Der wissenschaftliche Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten. Von Dr. Bresler. (S. 223). — Mitteilungen (S. 226): Aufklärung über die angeblichen Mißhandlungen eines Geisteskranken in Waldheim i. S. — Zum Kapitel: Familienmord durch Geisteskranke. — Referate.

Nekrolog für Prof. Dr. Meschede.

Der erste Direktor der psychiatrischen Klinik, den Königsberg i. Pr. gehabt, ist mit Prof. Meschede kürzlich dahingegangen. Ein westphälischer Bauernsohn, wurde er 1832 geboren, besuchte das Gymnasium zu Paderborn und die Universitäten zu Greifswald und Würzburg. Er war stets ein Muster von Schüler und Student. Anregungen empfing er besonders von Virchow, daher seine Vorliebe für pathologische Anatomie, und auch von Bardeleben, der ihm seine berühmte Chirurgie diktierte, da er eine wunderbar schöne Handschrift hatte. 1856 promoviert, ward er 1857 an der westpreußischen Irrenanstalt zu Schwetz zweiter Arzt. 1873 ward er nach Königsberg i. Pr. als Direktor des städt. Krankenhauses berufen und habilitierte sich an der Universität für Psychiatrie 1875. 1888 erhielt er den Titel Professor, 1895 die Stellung eines a. o. Professors der Psychiatrie und Direktors der in dem städt. Krankenhause neubegründeten psychiatrischen Klinik, wo schon seit langem eine lebhaft frequentierte Abteilung für Geisteskranke bestand. 1903 trat er endlich in den Ruhestand mit dem Titel eines Geh. Med.-Rats, doch las er noch weiter psychiatr. Kollegien. Seit einem Jahre an hochgradiger Arteriosklerose erkrankt, trug er stoisch seine Leiden und ließ sich, als er den Tod herankommen sah, zu seinen Verwandten nach Münster i. W. transportieren, wo er drei Tage später am 31. Juli 1909 starb. Alljährlich besuchte er fast bis zuletzt die deutsche Naturforscher-Versammlung und hielt hier, wie auch auf Kongressen, regelmäßig Vorträge. Schon das sind eine große Reihe von Arbeiten, die er aber noch weiterhin vermehrte, besonders in Virchow's Archiv, der Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, der Berliner Klin., der österreich. Vierteljahresschrift f. Psychiatrie, der der gerichtl. Medizin usf. Die Arbeiten waren vorwiegend klinischen, psychiatrischen, pathologisch-anatomischen und forensen Inhalts. Alle zeichnen sich durch Klarheit, sehr schönen Stil und scharfe Beobachtung aus und sichern ihm ein dauerndes Andenken.



Meschede ist einer der Begründer der wissenschaftlichen Psychiatrie und der Anwendung des Mikroskops in dieser Disziplin gewesen und hat insbesondere

die pathol. Anatomie des Gehirns mit geschaffen. Das wird ihm unvergessen sein und ihm stets in der Geschichte der Psychiatrie einen ehrenvollen Platz zusichern. Großes hat er aber auch als Direktor des städt. Krankenhauses geleistet, wo er sein organisatorisches Talent glänzend beweisen konnte. Trotz spärlichster Mittel und schlechter hygienischer Verhältnisse waren seine Krankenhaus-Erfolge doch vorzügliche. Durch seine Stellung hatte er stets innigsten Kontakt mit der Gesamtmedizin bewahrt, was man wohl sonst bei keinem einzigen früheren oder noch lebenden Irrenarzte sagen könnte. Seine westfälische Bauernnatur und sein Junggesellentum erklären viele seiner Eigentümlichkeiten, die Fernerstehende abstoßen mußten. Nur wer ihm näher trat, erkannte das warme, kindliche, treue Gemüt, den scharfen Denker mit weitem Blick, den philosophisch geschulten Kopf. Um ein Bedeutendes ragte er als Mensch und Gelehrter über den Durchschnitt.

H. P. A.

P. Näcke.

Nochmals „Misshandlungen und grosse Anstalten".

Von Dr. *Falkenberg*, Lichtenberg bei Berlin.

In Nr. 20 dieser Wochenschrift hält Herr Prof. Weber seine Behauptung, daß die Gefahr der Krankenmißhandlungen in den „großen modernen Riesenanstalten" eine größere sei als in kleineren Anstalten, aufrecht, vermag aber auch jetzt irgendwelche bestimmten Tatsachen als Beweis nicht anzuführen, sondern folgert die Richtigkeit des Satzes daraus, daß an diesen großen Anstalten eine Individualisierung nicht mehr durchgeführt werden könne, und der persönliche Einfluß des dirigierenden Arztes nicht mehr zur Geltung komme. Wenn ein solch angesehener Fachgenosse wie Prof. Weber es für nötig hält, seine theoretisch konstruierten Ansichten der größeren Öffentlichkeit zu unterbreiten, wird er gewiß seine guten Gründe gehabt haben, trotzdem wird die zweifelnde Frage gestattet sein, ob die Verbreitung derartiger Behauptungen im Publikum nicht eine Wirkung ausübt, die vom Autor sicher nicht beabsichtigt war, die aber gerade die an großen Anstalten tätigen Kollegen in erster Linie spüren werden. Dabei können, solange Herr Weber kein tatsächliches Material für die Richtigkeit seiner Behauptung beibringt, nur Vermutungen darüber angestellt werden, wie er zu seiner abwegigen Auffassung gelangt ist. Eine der Ursachen dürfte wohl darin zu finden sein, daß er augenscheinlich Art und Umfang der Tätigkeit der älteren Ärzte, insbesondere der Oberärzte, verkennt. Zwar hat Weygandt*) schon sehr treffend alles Wesentliche hierüber ausgeführt, da aber Weber trotzdem auch in seiner letzten Veröffentlichung bei seiner Ansicht verharrt, wird auch ein nochmaliger Widerspruch gerechtfertigt sein. Es kann nicht zugegeben werden, daß der zur Verhütung ungeeigneter Behandlung Kranker notwendige persönliche Einfluß auf das Pflegepersonal nur von dem Direktor ausgehen kann und nicht durch den eines anderen erfahrenen, älteren Arztes, in dem das Personal seinen Vorgesetzten achten gelernt hat, mit gleichem Erfolg ersetzt werden könnte; muß doch schon jetzt aus rein äußeren Gründen auch in kleineren Anstalten die erforderliche laufende Kontrolle des Personals in erster Linie von den dem Direktor nachgeordneten Instanzen, namentlich den Ärzten, ausgeübt werden, und daß etwa an größeren Anstalten die Ärzte ein geringeres Verantwortlichkeitsgefühl bei der Vorbeugung und Ahndung von Mißhandlungen besäßen, wird doch von niemandem angenommen werden. — Auch mit den von Weber befürchteten üblen Folgen, wenn jeder Oberarzt Diagnostik und Therapie „auf eigene Faust" triebe, ist es nicht so schlimm. Die Oberärzte sind doch bei unserer heutigen Anstaltsorganisation, namentlich an den großen Anstalten, keine jungen Anfänger, sondern vielfach Männer in den vierziger und fünfziger Jahren, die reichlich Gelegenheit gehabt haben, eigene Erfahrung zu sammeln, und die zum Teil (z. B. als Mitglieder des Medizinalkollegiums, der Besuchskommission, des akademischen Lehrkörpers u. ä.) sich in autoritativen Stellen befinden, und da sollte ihre selbständige Betätigung in Diagnostik und Therapie im Rahmen ihrer Anstalt dahin führen müssen, „daß die ärztlichen Aufgaben in den Riesenanstalten notleiden?!" Im Gegenteil, gerade in den Anstalten, in denen den älteren Ärzten möglichst große Selb-

*) Diese Wochenschrift, Nr. 16, S. 137 ff.



ständigkeit gelassen wird, wird — ceteris paribus — die Arbeitsfreudigkeit eine größere und der Erfolg der ärztlichen Arbeit jedenfalls kein geringerer sein! Auch führt die kollegiale Aussprache und das gemeinsame Arbeitsfeld, das häufig genug zu Vergleichen Anlaß gibt, ganz von selbst einen gewissen Ausgleich der Anschauungen herbei. Schematische Gleichförmigkeit wird zwar in solchen Anstalten nicht zu finden sein, die Einheitlichkeit der allgemeinen, für die Behandlung und Beobachtung der Kranken maßgebenden Gesichtspunkte kann und wird aber trotzdem gesichert sein, falls der Leiter der Anstalt, wie es ja auch Weber voraussetzt, ein Fachmann von großer praktischer Erfahrung und wissenschaftlicher Bedeutung ist; nur wird diese Einheitlichkeit sich dann mehr auf der willig anerkannten Überlegenheit der Persönlichkeit des Leiters gründen. Diese Grundlage wird aber das einheitliche Zusammenarbeiten weit sicherer gewährleisten, als es jemals eine vom Direktor ausgeübte Kontrolle oder von ihm für den Einzelfall gegebene Vorschriften vermöchten.

Es kann demnach nicht zugegeben werden, daß das Wohl der uns anvertrauten Kranken die Zentralisierung auch der speziell-ärztlichen Tätigkeit in der Hand des Direktors fordert und darunter litte, wenn die Oberärzte die Behandlung und Beobachtung des einzelnen Patienten selbständig leiteten. Daß diese Ärzte dann auch nach außen hin eine größere Verantwortung tragen müssen, ist, wie die Erfahrung gezeigt hat, ebenfalls durchführbar, ohne daß die Stellung des an der Spitze der Anstalt stehenden ärztlichen Leiters auch nur das geringste an der ihr zukommenden Bedeutung und Autorität verliert. Auch für unsere Anstalten gilt der Satz, daß ein Fortschritt am ehesten dort zu erwarten ist, wo den vorhandenen bewährten und zur Mitarbeit bereiten Kräften nach Möglichkeit, soweit es Zweck und Wohl des Ganzen zulassen, Gelegenheit zur selbständigen Betätigung geboten wird. Daß größere Anstalten hieraus die nötigen Folgerungen auch für die Organisation des ärztlichen Dienstes gezogen haben, kann ihnen unmöglich als Nachteil angerechnet werden.

Der wissenschaftliche Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten.

Von Dr. *Bresler.*

Die neusten Forschungen über die Kobrareaktion, über die Schlafkrankheit, über die Wirkung des Arsenophenylglyzins und des Natrium nukleinikum bei Paralyse u. a. m. sind geeignet, selbst die schwärzeste Pessimistenseele dem Glauben an die Zukunft der Psychiatrie zu gewinnen. Durch wes' Gemüt zog nicht die frohe Ahnung, daß uns vielleicht nur Tage, Monate vom Anbruch neuer Zeiten trennen, nur winz'ge Fehler im Experiment das lang ersehnte Ziel uns vorenthalten. Wie sie an den Problemen emsig schürfen! Und der Kollege, dem in weltentlegener Anstalt seit viel Dezennien des Dienstes ewig gleich gestellte Uhr schlägt, er wittert Morgenluft und möchte das vom frischen Taue dampfende Gefild der Wissenschaft noch einmal pflügen helfen.

Wie haben sich die Zeiten geändert!

Vor wenigen Jahrzehnten noch zogen Äskulapjünger von der Alma mater hinaus in die Landesirrenanstalt und lauschten den Worten des Meisters. Heute wallen Ärzte aus den Landesanstalten zum Kurs an die Universitätsklinik, den neusten Fortschritt ihres Fachs bewundernd zu studieren.

Die alten Landesanstalten haben in der klinisch-psychologischen Erforschung der Geisteskrankheiten ihr unvergängliches Verdienst. Welch tiefgründige, mühsame Arbeit steckt in der psychiatrischen Literatur der 60, 70 und 80 er Jahre des vorigen Jahrhunderts! Welche Stetigkeit und Ruhe in der Forschung, welche Festigkeit in ihren Resultaten! Zu manchem Begriff, den die klinisch-psychologische Psychiatrie der letzten Jahre geprägt zu haben glaubt, finden sich die Elemente in jenen älteren Arbeiten; manches von damals ist heute unter verändertem Namen gangbar gemacht worden. Der Beiname „klassisch" würde für jene Epoche der Psychiatrie nicht zu viel sagen. Ich erinnere an Jacobi, den „psychiatrischen Baco", an Nasse, Roller, Richarz, Heinrich Neumann, Spielmann, L. Snell, L. Kahlbaum, Koch, und unter den Lebenden an Schüle, welcher, selbst noch rüstig schaffend, mit Wärme und Begeisterung der deutschen Irrenkunde Frühling schildert, von dessen reichem Hoffen auch dem Illenauer Meister so vieles in Erfüllung ging. Und ich erinnere daran, daß von den Lehrbüchern jener Zeit — heute scheinen solche nur auf akademischem Boden legitim zu sprossen — fast alle in den Landesanstalten entstanden sind. Griesinger hat seine berühmte „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten" in Winnenthal 1840—41 vorbereitet, von Krafft-Ebing den Plan zu seinem weltbekannten Lehrbuch der



Psychiatrie schon während seiner Illenauer Tätigkeit 1864—69 gefaßt. Und was soll ich von jenem prächtigen Monumentum sagen, das Schüle in seiner „klinischen Psychiatrie" dem wissenschaftlichen Genius des trauten Illenau gesetzt hat — aere perennius! Man tut Unrecht, die „ältere" Literatur, wie es meist geschieht, zu ignorieren. Und heute, welches Hasten, welches Jagen! Und hier und da ein Überstürzen! In einer der angesehensten deutschen Universitätsirrenkliniken hat sich innerhalb zweier Jahre die Anschauung über zwei wichtige Krankheitsformen wesentlich geändert, aber nicht etwa auf Grund neuer Tatsachen, sondern lediglich infolge veränderter subjektiver Auffassung des Beobachtungsmaterials!

Aber die Landesanstalten — Ausnahmen wie vielleicht Uchtspringe verschwinden — mußten zurückbleiben, weil ihnen die Möglichkeit fehlte, lebendige, praktische Beziehungen zu den übrigen Teilen der fortschreitenden medizinischen Wissenschaft zu pflegen. Die psychiatrischen Universitätskliniken haben die wissenschaftliche Führung in der Psychiatrie übernommen. Zu dem Vorteil des altbewährten „docendo discimus" kommt hier die beständige Fühlung mit den anderen Zweigen der Medizin, der reiche, rege Gedankenaustausch, das Zusammenarbeiten mit den Vertretern nicht nur der übrigen Medizin, sondern der Naturwissenschaften überhaupt, der Einblick in neue Methoden, die Benutzung von Apparaten anderer Forschungsgebiete — kurz alles dessen, was die „Universitas litterarum" zu bieten vermag. Ich will nicht mißverstanden werden. Es wird auch heute wie früher an Landes-, städtischen und Privatanstalten fleißig gearbeitet. Aus mancher Anstalt — ich nenne Herzberge, Treptow, Illenau, Eglfing, die Anstalten von Friedländer, v. Ehrenwall, Edel etc., um nur Beispiele anzuführen — gehen jährlich ein bis zwei und mehrere wissenschaftliche Arbeiten hervor. Ich weiß mich auch von dem Irrtum frei, nur da wissenschaftliches Streben und Wirken als vorhanden anzunehmen, wo es in Publikationen zum Ausdruck kommt. Aber man wird zugeben müssen oder durch einen Blick in die Literatur sich überzeugen, daß diese Studien im wesentlichen auf das Klinisch-psychologische und Statistische sich zu beschränken gezwungen sind.

Ist es Recht, ist es unvermeidlich, daß die Landesanstalten auf wichtigen, vielversprechenden Gebieten ihrer Fachwissenschaft, wie Stoffwechseluntersuchungen, Blutforschungen, Mikroskopie usf., die Rolle des Zuschauers übernehmen, der empfängt, aber nicht gibt? Ich behaupte: durchaus nicht.

Freilich kann nicht jeder kleine Verwaltungsbezirk seine Anstalt mit dem gesamten Rüstzeug der medizinischen Forschung ausstatten. Aber da, wo etwa 3000 Geisteskranke in der Fürsorge einer Verwaltung stehen und jährlich 600 bis 800 Zugänge stattfinden, da schon sollte Wissenschaft und Forschung nicht bloß zufälliger persönlicher Neigung überlassen oder gar als Liebhaberei freundlich geduldet („genehmigt") werden, sondern ein würdiges und legales Heim, eine sichere Existenz und eine geordnete Verfassung, Rechte und Pflichten haben.

Ich denke mir, daß man schon in einem relativ kleinen Bereich, der seine Kranken in vielleicht drei bis vier Anstalten verpflegt, bei einer dieser Anstalten eine wissenschaftliche Zentrale angliedern sollte. Diese müßte ihre eigenen Ärzte haben — nicht weniger als zwei —, die nur eben an ihr tätig zu sein hätten und die der Zentralverwaltung direkt unterständen, da wo ausnahmsweise nicht der Anstaltsleiter selbst die Arbeit in dieser Zentralstätte als würdigeres Teil zu seiner wesentlichen Tätigkeit erkürt und vorzieht, die laufenden Verwaltungsgeschäfte einem jüngeren, wissenschaftlich weniger interessierten und gegen das oft geistlähmende Toxin des Verwaltungsbazillus immunen Kollegen zu überweisen. Das Institut müßte selbstverständlich mit den modernsten Laboratoriumseinrichtungen, medizinischen, chemischen, physikalischen, psychophysischen, histologischen, serologischen, meteorologischen etc., ausgestattet sein. Pro Jahr müßten ihm mindestens 25—30000 M. zur Verfügung stehen; das sind auf den Kopf der verpflegten Geisteskranken bei dem oben angenommenen Umfang der Irrenpflege 10 M.; eine kranke Menschenseele ist dieses Einsatzes für Forschungszwecke wert. Von jenen 30000 M. entfallen auf Gehälter (Ärzte, Institutsdiener) 12—15000 M., das übrige auf die laufenden Ausgaben für die materiellen Erfordernisse der wissenschaftlichen Tätigkeit, Versuchstiere, Reagentien, Chemikalien, Bibliothek, neue Apparate usf. Das Institut sollte seinen Etat für sich haben. Die Kosten des Baues und der erstmaligen Ausstattung des Instituts schätze ich auf 400000 M. Davon kommen 280000 M. auf das Institut selbst, in welchem neben den Laboratorien auch mehrere Zimmer zu fortlaufender Einzelbeobachtung von Kranken, zu ununterbrochenen ungestörten Studien der Symptome angelegt sein müssen, 60000 M. auf die Dienstwohnungen und 60000 M. auf die erstmalige Ausrüstung der Laboratorien etc. mit Apparaten und auf die Bibliothek. Diese Summen sind das Mindeste, was nötig ist, wenn etwas Ordentliches zustande kommen soll.

Auf diesem Wege werden die Landesanstalten mit den psychiatrischen Instituten der Universitäten



erfolgreich in wissenschaftliche Konkurrenz treten, ja sie werden die letzteren bald weit hinter sich lassen, wie es ja auch dem so sehr viel zahlreicheren und stabileren Krankenmaterial entspricht; denn ich meine nicht, daß mit der Errichtung der wissenschaftlichen Zentrale bei einer Landesanstalt das Arbeiten an den übrigen Anstalten des Bereichs sein Ende finden soll, sondern alles was komplizierte Apparate, fortlaufendes Studium, Routine in der Methode, Zusammenwirken mehrerer Forscher, Konstanz des wissenschaftlichen Personals voraussetzt, das soll in der Zentrale betrieben werden, das übrige möge in den anderen Anstalten wie bisher fortdauern. Eine Verwaltung, die Interesse an dem ungestörten Fortgang der Forschung hat, wird bei der Verteilung der Kranken an die einzelnen Anstalten diese wissenschaftliche Arbeitsteilung als Gesichtspunkt zugrunde legen.

Den Vertretern der steuerzahlenden Bevölkerung muß klargelegt werden, daß dies nicht eine unangenehme, unvermeidliche Last oder ein Luxusstück ist, sondern 1. eine Kapitalsanlage, die reiche Zinsen bringen wird, 2. eine ärztliche Pflicht, denn wo tausende Geisteskranke verpflegt und behandelt werden, kann man nicht warten, bis von anderer Seite Heilmittel erfunden werden, sondern da muß man selbst bahnbrechend vorgehen, 3. eine Pflicht der Menschlichkeit, 4. eine Forderung der Kultur.

Aufklärung ist in der Tat Vorbedingung. Ich erinnere mich hier der Jahresberichte einiger Anstalten: Jahraus jahrein erblicken sie, nach Schema F neugeboren, das Licht der Welt; den ersten Platz und relativ größten Raum nehmen die oft weitschweifigen Mitteilungen über die sämtlichen, nicht etwa bloß die wichtigen, begutachteten forensischen Fälle ein, als fiele dabei so etwas wie ein Abglanz juristischer Weisheit auf die Anstalt, dann kommen ein paar Bemerkungen über Krankenbehandlung, Unglücksfälle, Entweichungen, körperliche Erkrankungen, einiges Administratives und schließlich viele Seiten Tabellen über Landwirtschaft, Ernteerträge etc. und Veränderungen des Viehstands, selbst Morbiditätsstatistik bei letzterem. Diese Berichte werden auch im Publikum verbreitet. Muß nicht der Laie wähnen, daß solche Anstalten in der Hauptsache der psychiatrischen Aburteilung von Verbrechern dienen und unter der Flagge „Arbeitstherapie“ Zielen des Arbeitshauses zusteuern, unbewußt zusteuern, woran aber Nichteingeweihte zweifeln können, wenn sie in dem gedruckten Bericht einer preußischen Irrenanstalt pro 1907/08 von „Qualität“ der Kranken lesen und den Klageruf vernehmen, daß wegen der „ungünstigen Qualität“ derselben der mehrere Hundert Morgen umfassende landwirtschaftliche und Gärtnereibetrieb nur mit Mühe mittels der alleinigen Arbeitskräfte der Kranken aufrecht erhalten werden konnte.

Wird dagegen dem Publikum in jedem Jahresbericht — neben Schilderung der Erfolge — an instruktiven Beispielen eingehend erläutert, daß die vielen unheilbaren Geisteskranken bis an ihr Lebensende, und auch auf dem Sektionstisch, nicht aufhören sollten, Objekt wissenschaftlicher Forschung zu sein, daß sie wissenschaftliche Rätsel sind, von denen manches — bei 30 Verpflegungsjahren à 500 M. — dem Staate 15000 M. kostet, dann wird den Steuerzahler das Mitleid rühren, wärs auch nur Mitleid mit dem eigenen Beutel, und er wird gern Geld bewilligen zu wissenschaftlichen Zwecken, bei deren Erreichung die sterilen Geldausgaben für Unheilbare vermindert werden können. Etwas Egoismus steckt schließlich in der Betätigung jeden Mitleids; Philosophen behaupten sogar, daß Egoismus immer die Wurzel des Wunsches ist, das „Mitleiden“ durch Wohltun zu beseitigen.

Und dann die Urteilsfähigkeit des Publikums nicht gar zu sehr unterschätzen! In dem Bericht einer unserer berühmtesten Universitätskliniken, der des in wissenschaftlicher Absicht zusammengetragenen Materials voll ist, wird gesagt, daß es auf den Wachabteilungen für unruhige Männer fast durchgehends möglich war, die Ruhe und Ordnung ebenso aufrecht zu erhalten wie in jedem andern Krankenhause, so daß Besucher keine ungewöhnlichen Eindrücke oder Auftritte wahrnehmen konnten. Der Berichterstatter sagt, daß er selbst von dieser Tatsache zunächst überrascht gewesen sei! Auf der nächsten Seite wird berichtet, daß in den Baderäumen auf der Frauenseite eine ausgiebige Lüftung kaum möglich ist, da die Nachbarschaft gegen die Belästigung durch das Schreien der Kranken Einspruch erhebt! Es ist doch eine landläufige Erscheinung, daß die sprachliche Erregung bei geisteskranken Frauen viel erheblicher ist als bei geisteskranken Männern; in den Jahresberichten der Anstalten kann man es seit Menschengedenken lesen; und es ist dem Laien sattsam bekannt, daß unter normalen Verhältnissen die Verteilung dieser Gabe zwischen beiden Geschlechtern eine sehr ungleiche ist.

Klarheit und Objektivität ist die erste Vorbedingung bei Abfassung der Jahresberichte. Immer deutlich grau in grau malen, wo es nötig, und nicht, mit einem Auge nach oben schielend, schön färben, da wo noch vieles zu wünschen übrig bleibt! Denen, welche die Steuer vor den Volksvertretern zu begründen haben, erschwert man den Erfolg, wenn die



Bedürfnisse der Anstalt nicht deutlich genug herausgestellt werden.

Dem Auge der Kritik zeigt unsere Irrenpflege trotz stolzer Bauten manche breite Front mit der verpönten Aufschrift: Platznot. Mit der Erledigung der Platznot glaubt man hier und da die Irrenpflege gelöst.

Dem Sinne des Gesetzes mag das wohl entsprechen, doch nicht dem Geiste der Kultur.

Mitteilungen.

— **Aufklärung über die angeblichen Misshandlungen eines Geisteskranken** in Waldheim i. Sa. Die „Deutsche Tageszeitung" Berlin (16. August 1909) schreibt: Es wurde dieser Tage mitgeteilt, daß ein in der Irrenanstalt Waldheim i. S. befindlicher Mann namens Heilmann auf einem Zettel die Mitteilung gemacht habe, er werde in der Anstalt schwer mißhandelt, er ersuche deshalb um Veröffentlichung jener Mitteilung und Anzeige an die Staatsanwaltschaft. Wie im amtlichen „Dresdener Journal" mitgeteilt wird, haben sich nach den behördlichen Erörterungen diese Beschuldigungen als unbegründet erwiesen. Es heißt über den Fall: Der geisteskranke Schausteller Richard Heilmann, der wegen eines 1903 in der Schweiz gegen seine Geliebte verübten Mordversuchs von dem Schwurgericht des Kantons Zürich zu einer sechsjährigen Zuchthausstrafe verurteilt worden, während der Verbüßung dieser Strafe aber in Geisteskrankheit verfallen war, mußte als sächsischer Staatsangehöriger nach Sachsen übernommen werden und befindet sich seit 5. Januar 1905 in der Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim. Er bereitet durch die schwere Form seiner geistigen Erkrankung und die Art seines Wesens seiner Behandlung und Pflege große Schwierigkeiten. Die Heilbehandlung der hysterischen Lähmung seiner Beine, die sich seit 1906 entwickelt hat, hat er schon seit langem abgelehnt und sich heftigst dagegen gesträubt; den Anstaltsärzten begegnet er gleichwohl bei jeder Gelegenheit mit dem Vorwurfe, daß man ihn hilflos daliegen lasse. Seit längerer Zeit schon wird er von der Wahnvorstellung beherrscht, daß der frühere Oberarzt der Anstalt diese Lähmung ihm durch einen Tritt in den Unterleib verursacht habe. Außer dieser Wahnidee bestehen bei dem Kranken ausgeprägte Vergiftungsideen, die dazu geführt haben, daß er zeitweilig die Nahrungsaufnahme ganz eingestellt hat. Wegen der infolgedessen eingetretenen Schwäche hat künstliche Ernährung eingeleitet werden müssen, der er aber wiederum den heftigsten Widerstand entgegengesetzt hat.

— **Zum Kapitel: Familienmord** durch Geisteskranke. Ein Familiendrama, das viel Ähnlichkeit mit dem der Familie Racke in Mainz hat, ereignete sich in Salzburg. Dort erschoß der 60jähr. Privatier Hofer in einem Anfalle von Wahnsinn seine ganze Familie und erhängte sich dann selbst. Über den Vorfall erfahren wir folgende Einzelheiten: Hofer saß noch abends mit seiner Frau und seinen Kindern, dem 18jährigen Gymnasialschüler Karl, dem 13jährigen Georg und der 15jährigen Elisabeth, die die Lehrerinnenbildungsanstalt besucht, in gemütlicher Unterhaltung beisammen. Gegen vier Uhr früh lud Hofer sein Gewehr, ein 16-Millimeter-Jagdgewehr, mit einer Schrotpatrone, betrat dann das Schlafzimmer seiner beiden Söhne, setzte den Lauf dem schlafenden Georg an das rechte Ohr und drückte los. Hofer kehrte dann in sein und seiner Frau Schlafzimmer zurück, lud dort neuerdings und begab sich dann abermals in den Schlafraum seiner beiden Söhne. Dort traf er den 18jährigen Karl wachend vor. Der junge Mann war sich über die Situation nicht klar. Erst als er den Vater den Gewehrlauf auf sich richten sah, erkannte er die Gefahr, in der er schwebte. Er stürzte sich auf seinen Vater, und nun begann zwischen beiden ein Kampf auf Leben und Tod. Ein tödlicher Schuß, den Hofer seinem Sohne in den Rücken jagte, machte diesem Ringen ein Ende. Nun schoß Hofer dem dritten Opfer, seiner Tochter Elisabeth, die schlief, eine Kugel in das Hinterhaupt. Dann kehrte Hofer in das eheliche Schlafzimmer zurück. Seine 56jährige Frau lag im tiefsten Schlummer und hatte von den Schüssen nichts gehört. Hofer setzte ihr das Gewehr an den Mund und tötete sie gleichfalls. Sodann lehnte er das Gewehr zur Seite und versuchte sich am Fensterkreuze zu erhängen, doch riß die Schnur. Er suchte eine zweite, stärkere Schnur im Speisezimmer und erhängte sich mit dieser im Zimmer seiner erschossenen Söhne an einem Fensterkreuz. Etwa eine Stunde später bemerkten Passanten von der Straße aus die Leiche Hofers am Fenster hängen und erstatteten Meldung im Hause und bei der Polizei. Hofer lebte in guten materiellen Verhältnissen.

Referate.

— Camille Flammarion, Rätsel des Seelenlebens. Übersetzt von G. Meyrink. Stuttgart, 1909. 428 S.

Unter Zugrundelegung einer erdrückenden Masse von Fällen aus neuerer Zeit, für deren Echtheit objektive (?) Beobachter aus den Kreisen der Gebildeten bürgen, unterzieht Verf. Gegenstände aus dem Bereich des Mystisch-Okkulten einer „wissenschaftlichen Prüfung und Analyse". Er kommt dabei zu dem Schluß: Die Seele, mit der Wissenschaft unbekannten Fähigkeiten ausgestattet, ist eine vom Körper unabhängige Wesenheit. Sie kann in die Ferne wirken und sehen. Sie kann mitunter auch die Zukunft, die



vorher bestimmt ist, wahrnehmen. Und dies alles vermag die Seele ohne Zuhilfenahme der Sinne.

Merkwürdigerweise ist der Verfasser, der uns hier in ein den Skeptizismus herausforderndes Gebiet führt, ein namhafter Astronom, also ein Vertreter der exakten Naturwissenschaften. Horstmann.

— Specht, Über die Struktur und klinische Stellung der Melancholia agitata. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 2. Juniheft 1908.

Verf. beleuchtet die Stellung der Autoren in der Melancholiefrage und die zahlreichen Mängel und Widersprüche ihrer bisherigen klinischen Auffassung. Nach Ansicht des Verf. ist jede Melancholie, auch die des Rückbildungsalters, dem manisch-melancholischen Irresein zuzurechnen. Die agitierte Melancholie ist ein manisch-melancholischer Mischzustand. Der Bewegungsdrang, die Produktivität der traurigen Wahnvorstellungen und der Raptus melancholicus ist zum größten Teile auf Rechnung der manischen Züge zu setzen. Verf. erinnert, daß die von ihm geäußerte Anschauung scharf beobachtende Psychiater, wie z. B. der alte Erlanger Hagen, bereits vor geraumen Jahren gehabt hätten. Zum Schlusse empfiehlt Verf., den Ausdruck manisch-depressiv in manisch-melancholisch zu ändern.

— Becker, Dr. Th., Einführung in die Psychiatrie. Vierte vermehrte und veränderte Auflage. Leipzig, 1908. Verlag von Georg Thieme.

Das vorliegende Werkchen ist, nachdem in der neuen Auflage die im letzten Jahrzehnt erreichte Klärung in der Auffassung psychischer Erkrankungen weitgehendste Berücksichtigung gefunden hat, einesteils ein vortreffliches Vorbereitungsmittel zur Einführung in das Studium größerer psychiatrischer Werke, andernteils ein ebenso gutes Nachschlagebuch, um die Erinnerung an das in größeren Lehrbüchern Gelernte wieder aufzufrischen. Plesch-Hubertusburg.

— Falkenberg, Dr. Wilh., Oberarzt an der Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin bei Lichtenberg. Die Pflege Geisteskranker. Zweite Auflage. Leipzig, 1909. Verlag von Georg Thieme.

Das vorliegende Büchlein soll eine möglichst kurz gefaßte Anleitung zum Krankendienst für Pfleger und Pflegerinnen sein. Dabei hat sich Verf. auf das Notwendigste beschränkt und alle nicht unbedingt erforderlichen theoretischen Erörterungen vermieden, ohne daß aber die Klarheit des Leitfadens darunter zu leiden gehabt hätte. Plesch-Hubertusburg.

— Heller-Wien, Dr. phil. Theod., Schwachsinnigenforschung, Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik. Zwei Abhandlungen. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1909.

In der ersten Abhandlung bespricht Verf. die neueren Forschungen auf dem Gebiete des infantilen Schwachsinns; in der zweiten, gewissermaßen als Ergänzung der ersten Abhandlung, die „Fürsorgeerziehung" bezw., wie Verf. meint, besser gesagt „Ersatzerziehung" und „Heilpädagogik".

Plesch-Hubertusburg.

— Zbinden, Dr. H., Die psychologische Auffassung der Nervosität. Deutsch von Dr. med. Hoeniger-Magdeburg. Halle a. S., Verlag von Max Niemeyer, 1908.

Wir haben hier ein Buch vor uns, das wert ist, von Ärzten und Patienten gelesen zu werden, wenn man auch nicht mit allen Ausführungen des Verf. insbesondere bezüglich seiner Auffassung der Stellung des Determinismus gegenüber der christlichen Religion einverstanden sein kann. Plesch-Hubertusburg.

— Jahrbuch des Strafrechts und Strafwesens. 1908. 3. Jahrgang.

„Das Recht", die bekannte juristische Zeitschrift, gibt auch dieses Jahr seinen Lesern in dem vorliegenden Jahrbuche eine wertvolle Gratisbeilage. Das Jahrbuch ist von Jahr zu Jahr umfangreicher geworden, indem es nunmehr auch die kleineren Reichsgesetze berücksichtigt. Die Fassung der Rechtssätze zeichnet sich durch Kürze und Klarheit aus.

E. Schultze.

— de Vries, Der Mechanismus des Denkens. Bonn, Hager. 64 S.

Verf. sucht auf bekannte Art durch Schematas den Mechanismus des Denkens und des Bewußtseins darzustellen, wobei auch die hypothetische Blutbeeinflussung des Gehirns eine Rolle spielt. Was Verf. als sicher annimmt, ist doch nur eine Vermutung, eine Möglichkeit, nichts mehr! Näcke.

— Verworn, Die Mechanik des Geisteslebens. Teubner, Leipzig. Aus Natur und Geisteswelt. 104 S. 1 M.

Die Kapitel: Leib und Seele, die Vorgänge in den Elementen des Nervensystems, die Bewußtseinsvorgänge, Schlaf und Traum, endlich Hypnose und Suggestion sind vorzüglich, klar und gemeinverständlich vom monistischen Standpunkte aus dargestellt. Auch der Psychiater wird manches Neue lernen.

Näcke.

— Richter, R., Einführung in die Philosophie. Teubner, Leipzig. Aus Natur und Geisteswelt. 128 S. 1 M.

Bewunderungswürdig ist es, wie Verf. gemeinverständlich so schwierige Sachen wie das Erkenntnis- und Wirklichkeitsproblem, endlich noch das Wertproblem (Sittlichkeit und Religion) behandelt und die verschiedenen Pro und Contras gerecht abwägt. Der Laie wird mit fortgerissen und erfüllt von der Erhabenheit des Gegenstandes. Verf. steht auf dem materio-spiritualistischen Standpunkte, also einer Abart des Monismus. Näcke.

— Cohn, Führende Denker. Teubner, Leipzig. Aus Natur und Geisteswelt. 117 S. 1 M.

Behandelt werden das Leben und die Lehren des Sokrates, Platon, Descartes, Spinoza, Kant und Fichte in außerordentlich klarer, sachlicher Weise, und zwar mit Schilderung des ganzen Milieus, aus dem die betr. Philosophie erwuchs und erwachsen konnte. Es ist wohl unmöglich, kürzer und klarer die Hauptpunkte der einzelnen Systeme mundgerecht zu machen, wie es hier geschah. Näcke.

— Näcke, Einteilung der Homosexuellen. Allg. Zeitschr. für Psych. etc. Bd. 65. Autoreferat.

Eine früher schon angedeutete Einteilung führt Verf. hier weiter aus. Er teilt ein 1. in Homo-



sexuelle im engeren Sinne, 2. in Bisexuelle. Jede der beiden Hauptgruppen zerfallen a) in Platonische — welche Verf. aber nicht als wirklich bestehend anerkennt — und b) Sinnliche. Diese wieder in sehr früh und erst später auftretende Fälle; letztere in solche zur Zeit der Geschlechtsreife auftretende — die Hauptmasse — und solche im späteren Mannes- oder Greisenalter; diese beiden Unterabteilungen endlich in temporär, periodisch oder — meist der Fall: in kontinuierliche. Die einzelnen Gruppen werden besprochen. Zur „temporären" Form der Homos. gehören sicher gewisse Fälle der „Surrogatsinversion" in Internaten, auf Schiffen etc., im Altertum, die sonst nur Fälle der Pseudohomosexualität, der bloßen homosexuellen Handlungen darstellen und erworben werden können, während homosexuelles Gefühl es nie wird. Verschiedene der Unterarten sind noch wenig studiert, namentlich die periodische und tardive Form.

— Ewald, Stoffwechselpsychosen. Würzburg, Stuber. 57 S. 1,50 M.

Eine sehr fleißige und interessante Studie, die die Psychosen der Stoffwechselkrankheiten darzulegen sucht, indem die Alkaleszenz, das spezifische O-gewicht, der Katalasen- und Hämoglobingehalt und das spezifische Gewicht des Blutes bestimmt werden. Es finden sich O-armut oder -überfluß in den Geweben vor, indem im allgemeinen jene depressiven, diese exaltativen Zuständen entspricht und durch wechselnde Kompensation ein zirkulärer Verlauf eintritt. Diese neue Untersuchungsmethode ist sicher interessant und weiter zu probieren. Ob sie aber wirklich den Schlüssel zur Ätiologie der Psychosen geben wird, wenn auch nur den mittelbaren, scheint dem Ref. doch noch fraglich. Näcke.

Prof. Dr. H. Winternitz-Halle a. S. **Ueber Veronalnatrium.** (Medizinische Klinik, No. 31, 1908.)

„Präzisiere ich meine Ansicht über Veronal und Veronalnatrium auf Grund praktischer Erfahrung am Krankenbett, so komme ich zu folgenden Schlüssen: 1. Die Wirkung des Veronalnatriums ist die des Veronals; beim Vergleich beider Präparate ist zu berücksichtigen, daß Veronalnatrium ca. 90% Veronal enthält, also z. B. 0,5 g Veronalnatrium rund 0,45 g Veronal. 2. Bei leerem Magen wirkt Veronalnatrium rascher. 3. Das Veronalnatrium ermöglicht eine bequemere rektale Anwendung. 4. Der Geschmack des Veronalnatriums ist schlechter. In wässeriger Lösung gleicht sich der Unterschied aus, wo aber aus äußern Gründen die Anwendung in Pulvern oder Tabletten erfolgt, ist Veronal des zweifellos besseren Geschmackes wegen vorzuziehen. (Anmerkung. In den mit Kakaopulver hergestellten Veronalnatrium-Tabletten ist der Geschmack recht gut verdeckt.) 5. Die leichte Löslichkeit des Veronalnatriums ermöglicht die Herstellung haltbarer Lösungen und die Dispensierung mit anderen löslichen und wirksamen Arzneimitteln. 6. Die Neben- und Nachwirkungen beider Präparate sind die gleichen."

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 26. 18. September **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Nervenheilstätte, Sanatorium und Irrenanstalt. Von Dr. Ernst Beyer, Roderbirken bei Leichlingen. (S. 229). — Ueber den isolierten Oesophaguskrampf. Von Dr Walther Baumann, Oberarzt der v. Ehrenwallschen Kuranstalt in Ahrweiler. (S. 233). — Mitteilungen (S. 234): Zur Frage einer reichsgesetzlichen Regelung des Irrenwesens. — Referate. (S. 234.) — Personalnachrichten. (S. 236.)

Nervenheilstätte, Sanatorium und Irrenanstalt.*)

Von Dr. *Ernst Beyer*, Roderbirken bei Leichlingen.

Die Rheinische Volksheilstätte für Nervenkranke zu Roderbirken bei Leichlingen ist am 1. Januar d. Js. in den Besitz der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz übergegangen. Das ist ein bemerkenswertes Ereignis für die Entwicklung der Nervenheilstättensache. Nicht etwa in dem Sinne, daß Roderbirken, welches als erste eigentliche „Volksheilstätte" für Nervenkranke nach Analogie der Lungenheilstätten gegründet und erbaut war, nun aufgehört hätte, eine Nervenheilstätte zu sein. Davon ist gar keine Rede, vielmehr wird die Heilstätte in der bisherigen Weise fortgeführt werden. Auch bleibt die Gesellschaft „Rheinische Volksheilstätten für Nervenkranke", die Gründerin und bisherige Besitzerin der Heilstätte, bestehen und wird die Zinsen ihres Kapitals dazu verwenden, den in Roderbirken aufzunehmenden Nervenkranken im Bedarfsfalle Zuschüsse zu den Pflegekosten zu gewähren, also den Minderbemittelten die Aufnahme in die Heilstätte zu erleichtern, was bisher noch nicht in wünschenswertem Maße möglich gewesen war.

Das Bedeutsame des Ereignisses liegt vielmehr darin, daß die bisher private Heilstätte jetzt von einer öffentlichen Behörde betrieben wird, und namentlich, daß eine Landesversicherungsanstalt es ist, welche sich zu diesem Schritt entschlossen hat. Wenn früher von den Trägern der Invalidenversicherung nur wenig Heilverfahren bei Nervenkranken versucht wurden, und wenn es geradezu ausgesprochen worden ist, daß man von einer Nervenheilanstalt bezüglich der Verminderung der Invalidität keine besseren Erfolge erwarte, als von klinischen Anstalten, Bäderheilverfahren und Lungenheilanstalten, so dürfen wir wohl hoffen, daß jetzt, nachdem die Rheinprovinz darin vorangeschritten ist, auch in anderen Provinzen und Staaten von amtlicher Seite der Errichtung von Nervenheilstätten nähergetreten wird. Und ich bin überzeugt, daß man damit gute Erfahrungen machen wird, denn gerade auf dem Gebiete der Invaliditätsverhütung, wo das psychische Moment eine so große, bisher noch viel zu wenig gewürdigte Rolle spielt und daher eine entsprechende Therapie erfordert, die nicht bloß klinische, sondern auch persönliche und wirtschaftliche Gesichtspunkte berücksichtigt, da wird die Nervenheilstätte im Dienste der Landesversicherungsanstalt zu besonderer Wirksamkeit berufen sein.

Aber das ist natürlich nur eine Seite ihrer vielfachen Aufgaben. Wenn wir daher als Ärzte, als Psychiater und Nervenärzte, jetzt mit neuen Hoffnungen die weitere Ausbreitung und Entwicklung der Nervenheilstätten betreiben und fordern wollen, so haben wir unsere Betrachtungen erheblich weiter auszudehnen und alles ins Auge zu fassen, was an Bedürfnissen und Forderungen vorliegt und durch die Nervenheilstätte erfüllt werden soll.

Im letzten Jahre ist die Nervenheilstättensache mehrfach behandelt und erörtert worden. Ich erinnere an das Referat von Rehm*) über die künftige Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern, das sich auch mit der Versorgung der Nervenkranken befaßt, sodann an einen Vortrag von Beelitz**) in der Konferenz des Rheinischen Provinzialausschusses für innere Mission. Besonders interessant war mir der Vortrag

*) Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 23. April 1909 zu Cöln.

*) Zentralblatt für Nervenheilkunde, 1908, S. 614.

**) „Notstände in der Versorgung der Nervenkranken." — Innere Mission im evangelischen Deutschland. Hamburg, 1908.



von S. Auerbach*) in der Gesellschaft der Deutschen Nervenärzte in Heidelberg, weil er so recht anschaulich aus den Erfahrungen eines in der Großstadt und an einer Nervenpoliklinik arbeitenden Nervenarztes hervorgegangen war. Sodann las ich kürzlich einen kleinen Aufsatz von Oberdörffer**), der es unternimmt, im Anschluß an die Ideen von Möbius auf einem Landgut eine Nervenheilstätte zu errichten. Auch Grotjahn behandelt in seinem Buche „Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene" ***) die Anstalten für Nervenkranke (S. 194ff.), aber ausschließlich auf Grund der — vielfach sehr theoretischen — Literatur. So kommt ein wenig klares und nicht einwandfreies Bild von der Nervenheilstätte zustande.

Wenn man so die Meinungen der Autoren durchsieht, sowohl der Vertreter der Anstaltspsychiatrie als auch der in der freien Praxis stehenden Nervenärzte, und die mancherorts im Gange befindlichen praktischen Bestrebungen mustert, so finden sich eben immer wieder recht verschiedene Auffassungen über das Wesen der Nervenheilstätten und über die ihnen zu gebende Form und Verfassung. Die Forderungen, die von den verschiedenen Seiten gestellt werden, sind so mannigfach, daß man zu der Frage gedrängt wird, ob es überhaupt möglich ist, alle diese in einer einzigen Art von Nervenheilstätten zu befriedigen, wie wir sie in dem klassischen Vorbild von Haus Schönow vor uns sehen, oder ob wir schon jetzt damit rechnen müssen, daß die weitere Entwicklung der Nervenheilstätten zu verschiedenen Formen von Heilstätten führen wird.

Der wesentlichste Gegensatz, der sich herausgebildet hat, dreht sich um die Frage, wie das Verhältnis der Nervenheilstätten zu den Irrenanstalten gedacht ist. Auf der einen Seite befürwortet man die Gründung von Nervenheilstätten als besondere Anstalten, welche etwa den Charakter des Sanatoriums oder Genesungsheims tragen sollen, auf der andern Seite ist man bestrebt, Nervenheilstätten, gewissermaßen nach Art der offenen Abteilungen, in nähere oder weitere Beziehung zu einer Irrenanstalt treten zu lassen.

Wir werden uns also zu fragen haben, ob eine derartige Spaltung der Nervenheilstättensache, die an sich gewiß nicht wünschenswert ist, doch nach Lage der Verhältnisse und tatsächlichen Bedürfnisse notwendig und zweckmäßig ist.

Betrachten wir zunächst, inwieweit wir durch gesetzliche Bestimmungen und staatliche Einrichtungen in unsern Bestrebungen gebunden und eingeschränkt sind. Da haben wir mit den Irrengesetzgebungen zu rechnen, die in den einzelnen Ländern recht verschieden sind, so daß man diese Frage international überhaupt nicht behandeln kann. Schon eine Versammlung der deutschen Irrenärzte ist eigentlich ein zu umfangreiches, zu wenig einheitliches Forum, denn wir haben noch kein deutsches Reichsirrengesetz, sondern in den Bundesstaaten verschiedene Bestimmungen und Handhabungen. Während z. B. in Preußen eine Privatirrenanstalt mit einer offenen Nervenabteilung verbunden werden darf, ist das in andern Staaten nicht möglich; dort gibt es nur entweder reine Irrenanstalten oder reine Nervenheilanstalten mit Ausschluß von Geisteskranken. Wenn man also allgemein auch an öffentliche Irrenanstalten Nervenabteilungen angliedern wollte, so ist es sehr zweifelhaft, ob das in allen deutschen Bundesstaaten so ohne weiteres gestattet werden wird.

Des weiteren stellen sich die Behörden, denen die Fürsorge für die Geisteskranken zusteht, sehr verschieden zu der Frage, ob sich diese Fürsorge auch auf die Nervenkranken erstrecken soll. In Preußen obliegt die Versorgung der Geisteskranken den Provinzialverwaltungen und Kommunen. Als nun die Rheinische Volksheilstätte für Nervenkranke gegründet werden sollte, da hat es der damalige Landeshauptmann der Rheinprovinz ausdrücklich abgelehnt, daß die Provinz selbst irgendwelche Verpflichtungen gegenüber den Nervenkranken zu übernehmen hätte. Anders hat sich die Provinz Hannover gestellt, welche bekanntlich die Rasemühle als „Provinzial-Sanatorium" selbst gegründet hat. Auch in unserer Nachbarprovinz scheint Aussicht zu bestehen, daß eine Provinzialirrenanstalt durch eine Nervenheilstätte erweitert wird, und daß der badischen Staatsanstalt Illenau eine Nervenabteilung angegliedert werden soll, ist schon bei offizieller Gelegenheit erwähnt worden. Von größeren Städten, die eigene Irrenanstalten haben, plant Frankfurt a. M. die Errichtung einer Nervenabteilung in Köppern. Aus andern Städten sind mir derartige Projekte noch nicht bekannt.

Wenn also bei manchen Behörden, die für die Geisteskranken zu sorgen haben, vielfach eine gewisse Zurückhaltung gegenüber den Nervenkranken besteht, so findet das Umgekehrte statt bei jenen Instanzen, welche sich mit Nervenkranken wohl be-

*) „In welchen Anstalten sollen die an Neurosen Leidenden der weniger bemittelten Klassen behandelt werden?" Therapie der Gegenwart, Dezember 1908.

**) „Wie soll ein Sanatorium für Nervenkranke beschaffen sein?" — Ärztlicher Central-Anzeiger, 1909, Nr. 13.

***) Leipzig, 1908.



fassen, aber nicht mit Geisteskranken. Das sind also hauptsächlich die Landesversicherungsanstalten, welche in der Regel bei Geisteskranken ein Heilverfahren nicht übernehmen. Auf die Landesversicherungsanstalten rechnen wir aber heutzutage bei der Versorgung der Nervenkranken in erster Linie, weil der überwiegende und noch stets wachsende Teil der Minderbemittelten der Versicherungspflicht unterliegt. Sodann kommen noch die Krankenkassenverbände in Betracht, welche in steigendem Umfange durch Gründung eigener Genesungsheime die Einrichtungen für Kuren ihrer Mitglieder in die Hand nehmen, unter denen natürlich ein großer Teil von solchen ist, die sich für eine Nervenheilstätte eignen. Man darf wohl erwarten, daß derartige Fürsorge durch die neue Reichsversicherungsordnung noch weiter ausgedehnt werden wird. Darüber läßt sich aber natürlich heute noch gar nichts auch nur annähernd vermuten. Soviel ist aber wohl als sicher anzunehmen, daß die Träger der Invaliden- und Krankenversicherung, wenn sie sich für die Gründung von Nervenheilstätten interessieren oder daran beteiligen sollen, dies nur dann tun werden, wenn es sich um selbständige Anstalten mit Ausschluß von Geisteskranken handelt. Ebenso verhält es sich mit den Berufsgenossenschaften und den staatlichen Behörden, wie die Eisenbahn- und Militärbehörden, die vielfach auch eigene Anstalten für ihre Sonderzwecke gründen.

Die gesetzlichen Bestimmungen, nach denen diese verschiedenen öffentlichen Instanzen zur Versorgung von Geisteskranken und von Nervenkranken teils verpflichtet teils berechtigt sind, haben übrigens auch noch nach einer anderen Richtung ihre Bedeutung. Bei der Unterbringung von Geisteskranken ist die erfolgreiche Behandlung und Heilung der Krankheit zwar erwünscht, aber doch nicht Voraussetzung zur Aufnahme. Eine Landesversicherungsanstalt kann aber ein Heilverfahren nur unter dem Gesichtspunkt übernehmen, daß einer drohenden Invalidität vorgebeugt oder eine schon vorhandene Erwerbsunfähigkeit wieder beseitigt wird. Sie wird sich also nur mit solchen Nervenkranken befassen, bei denen Aussicht auf Erfolg vorhanden ist, wobei natürlich auch darauf zu achten ist, daß dieser Erfolg in absehbarer Zeit, also längstens in einigen Monaten erreicht werden kann.

Wir haben also eine große Verschiedenartigkeit der Gesichtspunkte bei den öffentlichen Behörden, mit denen wir uns bei der Errichtung von Nervenheilstätten in Einklang setzen müssen. Aber nun fragt sich weiter, ob das Krankenmaterial, das sich für Heilstättenbehandlung eignet, so einheitlich ist, daß es in einer einzigen Art von Nervenheilstätte Unterkunft finden kann. Ausscheiden will ich aus der Erörterung von vorneherein die strittigen Gruppen der Unfallskranken, der Alkoholisten und Epileptiker, ebenso auch die organischen Nervenkrankheiten. Ich denke vielmehr nur an das eigentliche Gros der Nervenkranken, das also abgegrenzt wird durch den rein praktischen Gesichtspunkt, daß diese Kranken weder in die allgemeinen Krankenhäuser und Genesungsheime passen, noch auch in die Irrenanstalten gehören, und daß zu ihrer Behandlung gerade die Einrichtung und der ärztliche Betrieb der Nervenheilstätte sachgemäß und richtig ist.

Es ist nun schon genug darüber gesprochen und geschrieben worden, welche klinischen Krankheitsformen in die Nervenheilstätte aufgenommen werden sollen. Schließlich blieb aber immer wieder die Frage offen, ob man die Grenze zwischen den Neurosen und Psychosen scharf einhalten solle, oder ob auch Leicht-Psychischkranke in eine Nervenheilstätte kommen dürfen. Viele Autoren befürworten das letztere, und ich weiß auch aus eigener Erfahrung, daß es viele Fälle gibt, die wissenschaftlich als Psychosen zu bezeichnen sind, praktisch aber wegen der geringen Intensität ihrer Krankheitserscheinungen nicht in eine Irrenanstalt geschickt zu werden brauchen, sondern im Gegenteil viel zweckmäßiger und aussichtsvoller in einem offenen Sanatorium verpflegt werden können. Andererseits ist es ja auch bekannt, daß es schwere Formen von Neurosen, z. B. schwere hysterische Kranke, gibt, die man nur in einer geschlossenen Anstalt halten kann. Ich meine daher, daß es keinen Zweck hat, sich in klinische Unterscheidungen zu vertiefen, daß man also das Krankenmaterial für die Nervenheilstätte nicht qualitativ, wenn ich so sagen darf, sondern quantitativ, also nach dem Grad und der Intensität des Krankheitsfalles abgrenzen soll. Allerdings muß man dann zuweilen seinem psychiatrischen Gewissen einen Stoß geben und gegen bessere Einsicht einem Leicht-Psychischkranken offiziell die Marke „nervenkrank" anhängen.

Wenn man aber diese ganze Schar von Nervenkranken und sogenannten Nervenkranken in einer Heilstätte zusammen behandeln soll, dann wird man bald sehen, daß das praktisch nicht gut durchführbar ist. Da machen sich denn doch die klinischen Verschiedenheiten derart bemerkbar, daß man die Leute nicht miteinander leben lassen kann. Der Neurastheniker, der gegen die Umgebung so sehr empfindlich ist, merkt bald heraus, wenn ein anderer Kranker in Reden und Handeln verkehrte Sachen macht, oder wenn ein Melancholischer immer wieder dieselben



unmotivierten Klagen vorbringt und für keine Belehrung und Aufklärung zugänglich ist. Und wenn gar ein leicht manischer Kranker dazwischen kommt, so kann er den ganzen Betrieb auf den Kopf stellen, und alles nimmt vor ihm Reißaus.

Was ferner die ärztliche Behandlung angeht, so muß diese den verschiedenen Krankheitsformen gegenüber auch recht verschiedenartig vorgehen. Einfach nervösen Kranken z. B. will und soll man weitgehende Freiheit lassen, bei psychisch Kranken muß man dagegen auch in den leichten Fällen vorsichtig sein und eine gewisse Aufsicht durchführen. Das gibt also auch wieder Unterschiede, die sich in einem gemeinsamen Betrieb schwer vereinigen lassen und darauf hinweisen, daß auch vom ärztlichen Standpunkt aus eine Trennung erforderlich wird.

Und endlich ein Faktor, den man nicht ganz außer acht lassen darf: das Publikum. Mit den Auffassungen des Publikums über Nervenkrankheiten habe ich in Roderbirken die wunderbarsten Erfahrungen machen müssen. In den Augen des Publikums kommt die Sache ungefähr darauf hinaus, daß „nervenkrank" gleichbedeutend ist mit „geisteskrank", während ein wirklich Nervöser, ein Neurastheniker, es weit ablehnt, nervenkrank zu sein. Die Folge davon ist die, daß es bei den Aufnahmegesuchen von selbstzahlenden Kranken sich zum großen Teil um Psychosen handelt — wie mir das auch schon aus den Veröffentlichungen von Haus Schönow und Rasemühle bekannt war —, und daß andererseits die Nervösen, für die eigentlich die Nervenheilstätte bestimmt ist, sich davor scheuen, hinzugehen.

Dazu kommt dann natürlich das bekannte Vorurteil des Publikums gegen Geisteskranke, das nun einmal vorhanden ist und mit dem wir uns abfinden müssen, weil wir auf seine Beseitigung in absehbarer Zeit nicht rechnen können. Dies Vorurteil wird in kritikloser Weise ohne weiteres auf die Nervenheilstätte übertragen. Roderbirken gilt bei solchen, die es nicht aus eigener Anschauung kennen, einfach als eine Irrenanstalt oder höchstens als eine mildere Art davon, und die Patientinnen, die bei uns zum Heilverfahren waren, z. B. Dienstmädchen, müssen bei Stellenbewerbungen es sorgfältig verschweigen, daß sie in Roderbirken gewesen sind, weil sie sonst vielfach mit Mißtrauen angesehen und zurückgewiesen werden. Wir sind daher immer eifrig bemüht, durch Wort und Tat allen Leuten klarzumachen, daß eine Nervenheilstätte etwas anderes ist als eine Irrenanstalt. Diese Bemühungen würden aber sehr erschwert werden, wenn die Heilstätte einer Irrenanstalt angegliedert wäre.

Die Rücksicht auf die Anschauungen des Publikums scheinen somit wieder dafür zu sprechen, daß man Nervenheilstätten grundsätzlich von den Irrenanstalten getrennt halten und den Ausschluß aller Geisteskranken streng durchführen soll. Andererseits geschieht es aber auch gerade im Hinblick auf das große Publikum, wenn manche Anstaltsleiter die Angliederung einer Nervenabteilung an ihre Anstalten erstreben, um eben dadurch einen freieren Verkehr anzubahnen und zur Beseitigung der Vorurteile beizutragen. Und wenn das Publikum der Nervenheilstätte Leicht-Psychischkranke zuführen will, ein Verlangen, das man auch als tatsächlich berechtigt anerkennen muß, so spricht das auch wieder für die „offene Abteilung".

Es finden sich also die verschiedensten Gesichtspunkte für die Nervenheilstätten auf allen Seiten, mag man sie vom Standpunkt der Behörden, des Arztes oder des Publikums betrachten. Alle diese Forderungen sind begründet, das ist nicht zu leugnen, aber wir müssen uns darüber klar sein, daß sie einander vielfach widersprechen und nicht alle und überall miteinander vereinbar sind. Wie soll man nun diese Schwierigkeiten lösen?

Soll man der einen oder anderen Form von Nervenheilstätte ihre Zugehörigkeit absprechen, wie das auch schon geschehen ist? Soll man eine bestimmte Norm aufstellen und alles kurzerhand ausschließen, was nicht hinein paßt? Nein, damit wird man nicht zum Ziele kommen. Man ziehe vielmehr die Folgerung, daß man die Entwicklung der Nervenheilstätten in beiden Richtungen anerkennt, die aus den wirklichen Bedürfnissen und Verhältnissen sich ergeben: wir müssen Heilstätten haben für die Nervösen und Erholungsbedürftigen, also besondere Anstalten, Sanatorien, und andererseits müssen wir Heilstätten haben für schwere Nervenkranke, für Psychopathen und leichte Psychosen, für deren Anfangsstadien, Remissionen und Rekonvaleszenzen, also Heilstätten, die zweckmäßig in Beziehung zu einer Irrenanstalt stehen werden. Das ist der natürliche Entwicklungsgang.

Tatsächlich sehen wir denn auch, daß in beiden Richtungen schon praktische Versuche teils vollendet, teils noch im Werden sind. Der Sache der Nervenheilstätten wird daher am besten gedient, wenn wir sie nach beiden Richtungen hin unterstützen und fördern.



Über den isolierten Ösophaguskrampf.

Von Dr. *Walther Baumann*, Oberarzt der v. Ehrenwallschen Kuranstalt in Ahrweiler.

Selbstbeobachtungen pflegen in der Literatur nur selten veröffentlicht zu werden, und zwar mit vollem Rechte dann, wenn es sich um die Statuierung weitgehender Schlußfolgerungen und infolge dieser Schlüsse um Aufstellung von Leit- oder Grundsätzen prinzipieller Natur handelt. In solchen Fällen liegt bei Selbstbeobachtungen die Gefahr zu nahe, daß der Beobachter infolge autosuggestiver Beeinflussung um des Prinzipes und seiner aufgestellten Thesen willen viel mehr beobachtet, als es eigentlich zu beobachten gibt. In einen solchen Fehler verfällt beispielsweise meines Erachtens S. Freud in seiner Schrift: „Zur Psychologie des Alltagslebens", deren Originellität und Scharfsinn im übrigen wohl außer Diskussion steht. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei Selbstbeobachtungen, die nur aus rein kasuistischen Gründen Interesse bieten, wie es mehrere Publikationen Näckes, Neufelds und anderer Autoren dartun. Um eine Selbstbeobachtung der letzteren Art handelt es sich auch nur im folgenden Fall.

Im Verlaufe einer Angina, die mit Temperatursteigerungen von über 39 Grad (gemessen in der Leistenbeuge) einherging, konnte ich folgendes Phänomen an mir selbst beobachten: Unmittelbar nach dem Schlucken von Flüssigkeiten (Tee und Zitronenlimonade), in geringerem Maße auch nach dem Herabschlingen fester Nahrung, bemerkte ich einen ziemlich intensiven, krampfartigen Schmerz, der in der Höhe des Processus xiphoideus des Sternums begann und allmählich im Laufe weniger Sekunden nach oben zu ausstrahlte. Man hatte den Eindruck, als ob nacheinander jeder einzelne Ringmuskel ähnlich wie bei der Darmperistaltik von einer krampfhaften Kontraktion ergriffen wurde. War der Krampf oben am Halsende des Ösophagus angelangt, so fand nach außen zu eine geringe Luftabsonderung statt, die aber nicht im entferntesten die Stärke aufwies, wie man es beim Singultus oder Ruktus gewöhnt ist. Diese Erscheinung trat jedesmal nach Aufnahme von Flüssigkeiten auf, sistierte aber sofort, als die Temperatursteigerung, die ziemlich kritisch abfiel, aufhörte. Übelkeit oder Erbrechen fehlten vollkommen, der Magen funktionierte tadellos, ebenso war die Verdauung nicht gestört. Die Tonsillen zeigten so gut wie gar keine entzündliche Schwellung, nur bestand beiderseits ein ziemlich erheblicher weißer Belag, der nach zwei Tagen wieder verschwunden war. Subjektive Schlingbeschwerden waren nicht vorhanden.

Es handelte sich also offenbar um einen isolierten tonischen peristaltikartigen Krampf des Ösophagus, der auf reflektorischem Wege durch das Hinabgleiten der Nahrung ausgelöst wurde.

Wie hat man sich nun pathogenetisch die Entstehung dieses Krampfes vorzustellen?

Ganz allgemein gesprochen muß man annehmen, daß die weitaus meisten Krämpfe reflektorisch entstehen, d. h. durch die Übertragung irgendeines sensiblen oder sensorischen Reizes auf das motorische Krampf-Reflexzentrum, welches auf diesen Reiz hin nicht mit einer einzelnen Kontraktion, sondern krampfartig reagiert (Seiffer). Hierbei muß man aber scharf zwei prinzipiell verschiedene Möglichkeiten auseinanderhalten:

1. Es liegt der Fall vor, daß die auslösende Ursache infolge der Art ihrer Beschaffenheit besonders stark und intensiv wirkt, so daß durch den starken peripheren Reiz das an sich normale Krampf-Reflexzentrum besonders intensiv gereizt wird und dadurch der Krampf zustande kommt. Hierhin gehören die Fälle von Wadenkrämpfen, die durch einen kontinuierlichen starken Druck auf den N. ischiadicus resp. den N. tibialis bei jedem gesunden Menschen entstehen können.

2. Das Krampf-Reflexzentrum als solches ist primär durch irgendeine Noxe gereizt und der Krampf wird dann sekundär hervorgerufen durch einen minimalen Reiz, der in der Norm keineswegs zur Auslösung eines Krampfes genügen würde.

Es entsteht nun die Frage, zu welcher von beiden Kategorien der vorliegende Fall zu rechnen ist. Zweifellos zu der letzteren. Hätte eine starke anginöse Schwellung der Tonsillen vorgelegen, so hätte man eventuell annehmen können, daß das Hindurchpressen der Nahrungsmassen durch die verengten anginösen Partien einen Reiz dargestellt hätte, der stark genug war, um das primär nicht gereizte Krampf-Reflexzentrum zu erregen. Immerhin bestände dann noch die Schwierigkeit zu erklären, warum sich der Krampf durch einen peripheren Reiz, der von den Halsgebilden — wenn auch den am meisten nach hinten liegenden — ausgeht, gerade auf den Ösophagus erstreckte und nicht vielmehr auf die den Reiz aussendenden Halsorgane.

Viel zwangloser kann man daher annehmen, daß das Reflexzentrum primär gereizt war und zwar durch die Toxine einer Allgemeininfektion, als die sich jede



Angina darstellt. Damit würde dann zusammenpassen, daß in dem Augenblick, wo das Fieber abklang, d. h. also, wo die Allgemeininfektion ihren Höhepunkt überschritten hatte, auch die krampfartigen Erscheinungen am Ösophagus sistierten. War das Reflexzentrum frei von schädlichen Einflüssen, so konnte auch nicht mehr ein so geringer Reiz, wie es das Schlingen der Nahrung ist, einen Krampf erzeugen.

Eine gewisse Beachtung verdient noch die Frage, warum der Ösophaguskrampf an den peripheren Teilen des Organs einsetzte und so von unten nach oben sich vorschob und nicht umgekehrt. Als Analogie hierfür möchte ich die Tatsache erwähnen, daß bei dem Typus des zentral ausgelösten Krampfes, der Jacksonschen Rindenepilepsie, in den ausgesprochenen Fällen gleichfalls der Krampf in den peripheren Muskelgruppen beginnt und allmählich auf die weiter zentral gelegenen Muskeln fortschreitet. Diese Analogie kann natürlich nicht als strikter Beweis mit dafür dienen, daß im vorliegenden Falle eine primäre Schädigung des Krampfzentrums vorlag; denn bei der Jacksonschen Epilepsie handelt es sich um krampfhafte tonisch-klonische Zuckungen der willkürlichen Muskulatur, während hier ein tonischer isolierter Krampf der unwillkürlichen Ösophagusmuskulatur vorlag; es soll durch die Aufstellung der Analogie nur ein Hinweis gegeben werden, daß in der Pathologie der Krämpfe ein Beginn peripherwärts, fortschreitend nach zentralwärts öfter da vorkommt, wo eigentlich ein annehmbarer anatomischer oder physiologischer Grund für dieses Verhalten nicht recht einzusehen ist.

In der mir zur Verfügung stehenden Literatur findet man wenig oder gar nichts über isolierte Ösophaguskrämpfe. Oppenheim erwähnt in seinem Lehrbuch nur ganz flüchtig, daß sie als neurasthenische oder hysterische Symptome gelegentlich beobachtet werden. Die sonstigen Publikationen beziehen sich meist auf Ösophaguskontrakturen an einer bestimmten Stelle des Organs, die eine Nahrungsaufnahme erschwerten bezw. ganz verhinderten und so eine Sondenernährung nötig machten. Daß es sich hierbei um etwas wesentlich anderes handelt als in der von mir geschilderten Beobachtung, liegt auf der Hand.

Mitteilungen.

— **Zur Frage einer reichsgesetzlichen Regelung des Irrenwesens** kursierte kürzlich folgende Notiz durch die Tageszeitungen: Schon vor etwa acht Jahren hat die Reichsregierung die verbündeten Regierungen zu Gutachten aufgefordert, ob eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens angebracht und durchführbar erscheint. Hierbei ergab sich, daß die Auffassungen der Bundesregierungen über diese Frage sehr weit auseinandergehen. Von der überwiegenden Zahl der Regierungen wurde ein Bedürfnis für die Neugestaltung durch Reichsgesetz nicht anerkannt, da man der Ansicht war, daß die bestehenden landesrechtlichen Verordnungen und Vorschriften der Verwaltungsbehörden vollkommen ausreichten, Mißständen vorzubeugen, und daß, wo trotzdem solche vorkommen, durch Verbesserung der bestehenden Verordnungen abgeholfen werden könnte. Es kommt weiter hinzu, daß ein reichsgesetzliches Vorgehen sehr erhebliche Eingriffe in die jetzt bestehenden landesrechtlichen Befugnisse der Einzelstaaten mit sich bringen würde. Trotz dieser Schwierigkeiten sind aber neuerdings wiederum Verhandlungen zwischen der Reichsregierung und den Bundesstaaten über die reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens aufgenommen. Es soll hierbei festgestellt werden, ob es möglich ist, gewisse Grundzüge aufzustellen, die für eine gesetzliche Regelung die Grundlage bieten können.

Referate.

— Laquer, Dr. L., Sanitätsrat, Die ärztliche Feststellung der verschiedenen Formen des Schwachsinns in den ersten Schuljahren. Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin), München, 1909. 37 S.

Der verdienstvolle Vorkämpfer auf dem Gebiet der Schwachsinnigen-Forschung und -Fürsorge macht auf die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkennung des Schwachsinns und auf die Mittel und Wege hierzu aufmerksam. Die grundlegende Forderung ist die Anstellung von Schulärzten. 1905 existierten davon in 100 deutschen Städten etwa 500. Diese müssen mit dem Lehrer und Rektor Hand in Hand arbeiten, um die Schwachsinnigen zu erkennen und abzusondern. Laquer und der Pädagoge P. Horrix-Düsseldorf haben einen Personalbogen zusammengestellt, auf welchem Schularzt und Lehrer ihre Beobachtungen einzutragen hätten. Dieser Personalbogen wird im vorliegenden Heftchen mitgeteilt und erläutert. Die wichtigsten Formen des Schwachsinns werden skizziert. In Deutschland gab es 1906/07 314 Hilfsschulen mit 921 Klassen und 20151 Zöglingen. V. Vogel-Großschweidnitz.

— Kirchhoff, Prof. Dr., Direktor der Provinzialirrenanstalt bei Schleswig, Der Gesichtsausdruck bei inneren Krankheiten. (Sammlung klinischer Vorträge, begründet von Richard Volkmann. N. F.



Nr. 519.) Verlag von Joh. Ambr. Barth in Leipzig, 1909. 17 S.

Verfasser hat in fesselnder Weise zusammengestellt, was in der Literatur über den Gesichtsausdruck bei inneren Krankheiten zu finden ist. (Facies hippokratica, chlolerica, febrilis, typhosa, tetanica u. a.) Hippocrates und Galenus haben in alter, Baumgärtner, Vierordt, Edlefsen, Wesener, Curschmann, Seiffert, Schönborn und Krieger, Soltmann und andere in neuerer Zeit dem Gesichtsausdruck in Wort und Bild Beachtung geschenkt. (In neuester Zeit haben sich Naturheilkundige der Physiognomik bemächtigt und behaupten, damit sämtliche Krankheiten diagnostizieren zu können.) — Sommer hat übrigens auch auf die menschliche Hand hingewiesen, die als Ausdrucksmittel der Psyche neben dem Gesicht eine hohe Rolle spiele. V. Vogel-Großschweidnitz.

— Die Rückenmarksschwindsucht (Tabes), ihre Ursachen und Bekämpfung. Gemeinverständlich dargestellt von Dr. med. O. Burwinkel, Kurarzt in Bad Nauheim. (Der Arzt als Erzieher, Heft 32.) Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin), München. 21 S.

In klarer, kurzer, leicht faßlicher Weise entwirft der Verfasser ein Bild der Rückenmarksschwindsucht nach Wesen und Begriff, Verbreitung, Ursachen, Krankheitserscheinungen, Erkennung, Krankheitsverlauf, Heilbarkeit, Verhütung und Behandlung. Burwinkel will die Tabes ihrer Schrecken entkleiden und hält sie in frischen Fällen bei rechtzeitiger Behandlung für eine heilbare oder doch wesentlicher Besserung fähige Krankheit. Zuletzt werden Bade- und Kurorte besprochen.

V. Vogel-Großschweidnitz.

— Siemerling, E., Geisteskrankheit und Verbrechen. Berlin, Hirschwald, 1909.

Die Arbeit stellt einen vor wenigen Monaten in der Vereinigung für staatswissenschaftliche Fortbildung gehaltenen Vortrag dar. Verf. erinnert zunächst daran, daß geistige Erkrankungen bei Nichtverbrechern im Verhältnis von 4:1000, bei Verbrechern jedoch in dem von 4:100 vorkommen. Er erörtert, daß es für den Verbrecher keinen charakteristischen Typus gibt, daß die beim Verbrecher vorkommenden Anomalien aber auf einen allgemein minderwertigen Organismus des Individuums hinweisen. Er erkennt an, daß die Gerichte jetzt viel mehr als etwa vor einem Dezennium die Anstaltsbeobachtung eines auf Geisteskrankheit verdächtigen Rechtsbrechers ausführen lassen. Sodann schildert Verf. in prägnanter Kürze eine Anzahl besonders wichtiger und schwer zu beurteilender krankhafter Geisteszustände: die Erregungszustände der Gefangenen, die bei ihnen vorkommenden akuten Stupor- und Verwirrtheitszustände, die Bewußtseinsstörungen auf alkoholischer, epileptischer und hysterischer Grundlage sowie den Simulantenwahnsinn. Simulation von Geisteskrankheit hat S. wiederholt bei geistig Gesunden beobachtet; daß sich Simulation und Geisteskrankheit nicht ausschließen, hebt er natürlich auch hervor. Obwohl Verf. auf S. 9 erklärt, daß ein geistig minderwertiger oder hysterischer Mensch noch lange nicht im Sinne des § 51 StGB. geisteskrank sei, erachtet er die Einteilung in Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit für genügend und bezweifelt, daß die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit die vorhandenen Schwierigkeiten beseitigen könne. Ref. ist der Meinung, daß die verminderte Zurechnungsfähigkeit eine gerechtere Beurteilung und Behandlung gerade der geistig minderwertigen und hysterischen Rechtsbrecher ermöglichen würde. G. Ilberg.

— Niceforo, Prof. Dr., Die Kriminalpolizei und ihre Hilfswissenschaften, eingeleitet und erweitert von Dr. Heinrich Lindenau, Regierungsrat. (Heftausgabe in 10 Heften à 2 M.) Verlag von Dr. P. Langenscheidt, Großlichterfelde-Ost. 1909.

Die gesamte Naturwissenschaft hat am Ausbau der Kriminalistik geholfen. In der vorliegenden Arbeit wird auch der Mittel gedacht, um den Tatbestand photographisch festzulegen. Mit großem Scharfsinn werden die Spuren, die der Verbrecher hinterlassen hat, erörtert: Fußspuren, Spuren der Finger, Hände und Zähne, unsichtbare Spuren, Flecke, Aschenreste u. a. m. Ferner wird gelehrt, wie die Identität unbekannter toter und lebender Personen durch besondere Körpermerkmale festgestellt werden kann, wie es gelingt, mit Hilfe der Anthropometrie, des portrait parlé u. dergl. das wissenschaftliche Signalement aufzustellen, wie man das letztere für kunsthistorische, historische und biologische Untersuchungen verwerten kann.

Eine Fülle wichtiger Beobachtungen und interessanter Erfahrungen ist zusammengestellt. 300 nach Originalphotogrammen angefertigte, wohlgelungene Bilder veranschaulichen den Stoff. Überall ist aus dem vollen Leben geschöpft, mit den verschiedensten Hilfswissenschaften hat Verf. den Verbrecher studiert, viele moderne kriminalistische Probleme hat er aufgerollt. Nicht auf vererbten Methoden allein, nein auch auf modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen fußt die von Niceforo und Lindenau aufgebaute polizeiliche und richterliche Kriminaluntersuchung, die beide Forscher mit Recht als vollberechtigten Zweig in die Lehre vom Verbrecher und seiner Bekämpfung eingereiht wissen wollen. Nicht eine soziale Rache erblickt Verf. in der Strafe, sondern eine Abwehrmaßnahme der Gesellschaft, die den rechtbrechenden Menschen ohne Haß und Leidenschaft zu bessern oder unschädlich zu machen bezweckt. Daß bei dem Bestreben, den Verbrecher zu identifizieren, in Zukunft psychologische und psychiatrische Gesichtspunkte eine vielleicht noch größere Beachtung verdienen, braucht an dieser Stelle nicht begründet zu werden. Das Studium des schönen Werkes kann nicht nur dem Juristen, auch dem Mediziner, besonders dem Gerichtsarzt, warm empfohlen werden. G. Ilberg.

— Schmidt, Dr. Erich Ludwig, Schopenhauer und die Mystik. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1909.

Die Arbeit gibt einen Vortrag wieder, den Verf. auf dem 3. internationalen Kongreß für Philosophie zu Heidelberg gehalten hat. Schmidt setzt auseinander, daß Schopenhauer sehr sensibel veranlagt war, an seelischen Depressionen litt und unter dem Druck



schwerer Schicksalsschläge stand. Seine tiefsten Gedanken und innersten Empfindungen fand Schopenhauer in den Schriften mittelalterlicher Mystiker ausgesprochen. Innig verwandt war er mit der Romantik. Sein Pessimismus war ein erlebter, nicht nur ein vorgestellter. Erwächst nun die Mystik aus einer Abwendung vom gewöhnlichen Leben, aus einer Sehnsucht, die hinausstrebt über die Unvollkommenheit aller Dinge der alltäglichen, der äußeren Erfahrung, so ist Schopenhauers philosophisches System mit der Weltanschauung der Mystik verknüpft, der Mystik, für die die Selbsterkenntnis, die innere Anschauung des ursprünglichen Wesens der Menschenseele der Quell der Welterkenntnis ist. Verf. führt im einzelnen treffend durch, daß die Übereinstimmung Schopenhauers mit den Mystikern sich auf alle wesentlichen Positionen seines Systems erstreckt, daß auch dieser Philosoph trotz seines rationalen Bestrebens unter der faszinierenden Macht des Mystizismus stand. Seine Sehnsucht nach Erlösung trug nicht nur ästhetischen, sondern vorzüglich religiösen Charakter. Er hat selbst gesagt: Buddha, Meister Eckehart und ich lehren dasselbe. Die Weltgeschichte, so schließt Schmidt, wird größer als die Kirche auch Arthur Schopenhauer Gerechtigkeit widerfahren lassen als einem der großen, tragischen Gottsucher des neunzehnten Jahrhunderts.

G. Ilberg.

— Eduard Kulkes erzählende Schriften. IV. Bd. Leipzig, Deutsche Verlagsaktiengesellschaft. 2 M.

Von den zwei Erzählungen des feinsinnigen Autors interessiert uns hier nur die erste kurze: Ein Gang ins Narrenhaus. Zwei Dichter besuchen eine Irrenanstalt, der eine, um ein interessantes Thema zu einem Drama zu finden. Der Arzt zeigt ihnen zuletzt das „Wunder", ein bildschönes Mädchen, das noch nie gesprochen hat. Der andere Dichter verliebt sich in sie. Bei einem zweiten Besuche wirft sich das Mädchen ihm an die Brust, spricht und sagt: „Ich bin erlöst." Ob solches wohl möglich ist? Näcke.

— Jubilé du Dr. Magnan; 15. mars 1908. 79 S.

Zur Feier der 40jährigen Leitung des Bureaus d' Admission à l'asile Sainte Anne in Paris, welches die größte Zahl von Irren in der ganzen Welt aufnimmt, hatten sich seine Gönner, Beamte, Schüler von Frankreich und auswärts, und Behörden nebst Adressen eingefunden, um dem berühmtesten Psychiater Frankreichs zu huldigen. Diese verschiedenen Ansprachen sind sehr interessant, weil sie das große Werk des Jubilars klar darlegen. Mit Westphal war er der erste, der die Paralyse als Meningo-Encephalitis erkannte und als allgemeine Erkrankung des ganzen Nervensystems. Er führte das Experiment des Alkoholismus aus, dessen verderblichen Einfluß er mit am schärfsten nachwies, besonders des Absynths. Ihm verdankt die Lehre des Entartungsirreseins, der Paranoia etc. wesentliche Förderungen und er führte als erster vor dreißig Jahren in Frankreich das norestraint und später die Bettbehandlung ein. Er ist und war ein unvergleichlicher feiner Beobachter, Kliniker und Lehrer. Eine herrliche Plakette des Dr. P. Richer ist auf ihn geprägt worden. Mag er noch lange gesegnet wirken. Näcke.

— Sérieux et Capgras, Les Folies raisonnantes. Le Délire d'interprétation. Paris, Alcan, 1909. 392 S.

Von den verschiedenen paranoiden Zuständen suchen die Verf. in vorzüglicher Weise und mit Beigabe vieler, meist eigener Krankheitsgeschichten eine selbständige Form herauszuschälen, das délire d'interprétation, das langsam auf dem Boden der Entartung beginnend, meist ohne oder mit nur wenigen Sinnestäuschungen verläuft, von einer affektbetonten Tatsache aus Wahnideen interpretierender Art erzeugt, die immer mehr sich ausbreiten, unheilbar sind und nie zur Demenz führen. Ein Haupttypus ist der Querulantenwahn. Neben der selbständigen Form gibt es noch eine symptomatische bei verschiedenen Psychosen etc. Eingehend werden die Entwicklung, die Varietäten, die Genese, Diagnose, Nosographie, Behandlung und forensische Bedeutung dieses délire d'interprétation besprochen. Die Diagnose ist oft schwierig, besonders von Zuständen mit Zwangsideen. Irrenanstalten passen nicht für diese Kranken, außer höchstens, wenn sie gefährlich werden. Sie sind stets unzurechnungsfähig, nicht selten dagegen noch geschäftsfähig. Die geschichtlichen Exkurse sind interessant, die Psychologie und Klinik mit großer Feinheit und Klarheit dargestellt, das Ganze ist höchst anregend und elegant geschrieben. Sehr angenehm berührt endlich auch die genaue Vertrautheit mit der deutschen Literatur. Näcke.

Personalnachrichten.

— Prov.-I.-Anstalt in **Neustadt** i. Holst. Herr Dr. Schulze aus Hannover ist am 31. v. Mts. als zweiter Hilfsarzt bei der hiesigen Anstalt angestellt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 27. 25. September 1909/10.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Pellotinum muriat. als Schlafmittel. Von Dr. F. Chotzen, Breslau. (S. 237.) — Mitteilungen (S. 242): Vom XVI. internationalen medizinischen Kongreß in Budapest, 29./VIII. — 4./IX. 1909. — Referate. (S. 243.) — Personalnachrichten. (S. 244.)

(Aus der städt. Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke, Breslau. Primärarzt Dr. Hahn.)

Pellotinum muriat. als Schlafmittel.*)

Von Dr. *F. Chotzen.*

Im Jahre 1896 haben Jolly und Pilcz über Versuche mit Pellotinum muriat. als Schlafmittel berichtet, und beide empfahlen auf Grund ihrer Resultate das Präparat zu weiterer Anwendung. Es konnten aber weitere Untersuchungen nicht angestellt werden, weil die richtige Drogue nicht nach Europa kam. Pellotin ist ein Alkaloid aus einer mexikanischen Kaktee, Anhalonium Williamsi, welche täuschende Ähnlichkeit mit einer verwandten Art, Anhalonium Lewinii, hat, in welcher andere Alkaloide mit ganz anderer Wirksamkeit enthalten sind. In ihrer Heimat wird die Kaktee, die dort den Namen Pellote oder Mescal führt, als Berauschungsmittel angewendet. Heffter, der alle diese Alkaloide dargestellt und untersucht hat, fand nun, daß die berauschenden Wirkungen nur dem Anhalonium Lewinii zukommen, speziell dem einen der vier daraus hergestellten Alkaloide, dem Mescalin. Es bewirkte dieses sehr interessante Zustände: neben Übelkeit, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen und Verlangsamung der Bewegungen Pupillenerweiterung und sehr lebhafte farbige Visionen, welche rasch wechselnd am Auge vorüberzogen; dabei trotz der Übelkeit gehobene Stimmung, Neigung zum Lachen und eine auffallende Herabsetzung des Zeitsinnes, jedoch keinerlei Trübung des Bewußtseins oder Beeinträchtigung der Verstandesfunktionen.

Mit dieser Anhaloniumart hat Bresler**) auch an Kranken einige interessante Versuche angestellt.

In der anderen Kaktee, Anhalonium Williamsi, und nur in ihr fand Heffter das von ihm Pellotin benannte Alkaloid, welchem eine schlafmachende Wirkung zukam.

Das salzsaure Salz dieses Alkaloids ($C_{13}H_{19}NO_{3}$ HCl), in farblosen Prismen kristallisierend, von stark bitterem Geschmack, ist in Wasser leicht löslich und wird zur therapeutischen Verwendung benutzt.

Im Tierversuch fand Heffter, daß 1 cg bei Fröschen nach 10 bis 15 Minuten leichte Narkose in Dauer von 20 bis 30 Minuten bewirkte, wonach eine Reflexerregbarkeit mit Tetanus, die mehrere Tage anhalten kann, zurückblieb. Bei großen Dosen trat völlige Lähmung ein. Solche Dosen ließen aber die motorischen Nerven und die quergestreifte Muskulatur unbeeinflußt, die Wirkung war eine zentrale. Bei Kaninchen machten 5 bis 6 cg pro kg Körpergewicht Somnolenz. Nach einer halben Stunde traten oft tetanische Anfälle ein, Trismus und Opisthotonus, Erregbarkeitssteigerung, Zittern des Kopfes, leichtes Zusammenfahren auf äußere Reize. Bei noch größeren Gaben gingen die Tiere in den Anfällen zugrunde. Die Pulsfrequenz war im Beginn etwas herabgesetzt; ehe der Blutdruck sank, trat der Tod durch Atemlähmung ein.

Beim Menschen machten 5 bis 6 cg Schlaf, innerhalb zwei Stunden. Nach einer Stunde war die Wirkung vorbei. Es bestand weder Kopfschmerz noch Übelkeit. Heffter fand immer die Pulsfrequenz herabgesetzt.

Versuche an Kranken wurden daraufhin von Jolly und Pilcz angestellt. Ersterer fand, daß 0,02 g bei ruhigen Kranken Müdigkeitsgefühl machten. In der Regel wirkten aber erst 0,04 bis 0,06 g, die nach 1/2 bis 1 Stunde Schlaf brachten. Auch bei

*) Nach einem Vortrag auf der Versammlung ostdeutscher Irrenärzte. Februar 1909.

**) Psych.-neurolog. Wochenschrift, VII, Nr. 27, S. 249.



schmerzhaften Affektionen, Neuritis, Ischias, Tabes trat die einschläfernde Wirkung ein, dagegen war eine anästhesierende vor oder nach dem Schlaf nur ausnahmsweise zu beobachten. Schlechter war die sedative Wirkung, aufgeregte Kranke kamen auch von großen Dosen nicht in Schlaf, kleine waren ganz unwirksam. Bei Kranken, welche sich auch sonst gegen Schlafmittel refraktär verhielten, versagte auch Pellotin. Jolly gab 2 bis 4 cg subkutan, 4 bis 6 innerlich. Bedenkliche Nebenwirkungen traten in keinem Fall auf; nur einige wenige seiner 40 Kranken klagten über unangenehmes Brausen, Schwindel und Wärmegefühl im Kopf, oder Gefühl allgemeiner Unruhe vor dem Einschlafen oder auch nach dem Erwachen.

In einigen Fällen trat vorübergehende Pulsverlangsamung ein.

Pilcz wandte das Mittel bei 58 Kranken an, zumeist erregten männlichen und weiblichen Paralytikern. Er gab es nur subkutan in einer Dose von 0,02; wenn diese unwirksam war, stieg er auf 0,04 bis 0,06. (Nur anfänglich wurde 0,01 gegeben, weil Langstein in der Prager medizinischen Wochenschrift über einen Kollaps bei einem Tabiker von einer Dosis von 0,01 berichtet hatte.) P. hat keine schlimmen Nebenwirkungen, auch nicht bei hohen Dosen, gesehen; nur zwei Kranke klagten über Übelkeit und eingenommenen Kopf. Pulsverlangsamung fand er nicht. Er verwendete nur die schlafmachende Wirkung. In 50% sah er vollen Erfolg, d. h. Schlaf die Nacht hindurch, in 29,3% mittleren, einige Stunden Schlaf oder Beruhigung; in 20,7% blieb die Wirkung aus. Diese Kranken reagierten aber auch auf andere Mittel, einer selbst auf Skopolamin, nicht. In 19 von 29 Fällen, in denen er sie gab, genügte auch die Dosis von 0,02. Wo es auf Schlaf ankommt, erwähnt er, kann man auf zwei- bis dreimal 0,04 g steigen.

Gute Erfolge hat ferner Hutchings berichtet, wie ich in einem Referat in dem 55. Band der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie fand. Dagegen fügt der Ref., Pelman, hinzu, daß er genügend gute Resultate nicht erzielt hat.

Erst neuerdings ist wieder das richtige Anhalonium, wie die Fabrik mitteilt, in größeren Mengen erhältlich gewesen. Von dem gewonnenen Pellotin wurde mir von der Fabrik Böhringer & Söhne, Mannheim, ein Quantum in liebenswürdiger Weise zu Versuchen zur Verfügung gestellt. Mit Erlaubnis des Herrn Primärarztes Dr. Hahn, dem ich auch an dieser Stelle dafür herzlichst danke, habe ich die Versuche an dem Krankenmaterial unserer Anstalt und außerdem an einigen Gesunden, insgesamt an 65 Personen mit 180 Einzelgaben angestellt. Die Dosis betrug 0,02 subkutan und 0,025 innerlich, wenn diese unwirksam blieb, das Doppelte. Man kommt bei einer Anzahl von Kranken, insbesondere den ruhigen, mit der kleinen Dosis aus, im allgemeinen ist aber nur die große Dosis als eine hinreichende anzusehen. Bei starker Unruhe wirkt auch diese noch nicht, indessen wurde bisher nur selten über die Dosis von 0,04 resp. 0,05 hinausgegangen, um eine möglichst große Anzahl gleich behandelter Fälle zu haben.

Die Versuchspersonen verteilen sich auf 16 Paralytiker, 14 Alkoholisten, 12 Epileptiker, Hysteriker und Kranke mit anderen degenerativen Geistesstörungen, 8 mit Dementia praecox, 3 manisch-depressive, 3 mit symptomatischen Delirien, 4 senil Delirante und Arteriosklerotiker, 1 mit Tabes und Psychose, 1 mit Huntingtonscher Chorea und 3 Gesunde mit nervöser Schlaflosigkeit. Es wurden an sie verabfolgt 53 kleine und 127 große Dosen. 20 Personen haben nur die kleine Dosis erhalten, zehn, weil sie bei ihnen schon wirksam war, die übrigen wegen ihres körperlichen Befindens, oder aus äußeren Gründen, so daß also zehn eine voll wirksame Dosis nicht erhalten haben.

Von der Gesamtzahl der Einzelgaben hatten 67 = 37% vollen, 68 = 38% mittleren und 45 = 25% keinen Erfolg; die ganzen und halben Dosen getrennt:

Ganze (127): 49 = 38,6% voll., 49 = 38,6% mittl. und 29 = 22,8% keinen! Halbe (53): 18 = 34% voll., 19 = 36% mittl. und 16 = 30% keinen.

Auf die 65 Versuchspersonen verteilen sich die Resultate wie folgt:

31 = 47,7% erfuhren vollen Erfolg, d. i. Schlaf die ganze Nacht hindurch (bei Erregten über sechs Stunden). (Allerdings nicht nach jeder Einnahme des Mittels, daneben wirkte es auch nur mittelmäßig. Bei zehn hatte die kleine Dosis ausgereicht.)

18 = 27,7% erfuhren mittleren Erfolg, d. i. Schlaf von einigen Stunden (davon fünf von der halben Dosis).

16 = 24,6% blieben unbeeinflußt. (Davon hatten fünf nur die kleine Dosis erhalten.) Elf hatten auch von der ganzen Dosis keinen Erfolg. Es waren Alkoholdeliranten, stark erregte Paralytiker, ein Melancholiker, ein Epileptiker, ein senil Deliranter und zwei, welche auch gegen andere Mittel sich refraktär verhielten. Die Angabe Jollys bestätigt sich, daß, wo andere Mittel versagen, auch von Pellotin nicht viel zu erwarten ist. Das gilt besonders auch für die



Alkoholdeliranten, bei denen ja Schlafmittel überhaupt nicht wirken. Lassen wir sie außer Betracht, so hatten von den übrigbleibenden 57 Personen nun 31 = 54% guten, 17 = 30% mittleren und 9 = 16% keinen Erfolg.

Trennen wir die Personen, die nur kleine und die große Dosen erhalten haben, so wirkte die kleine Dosis von 20 Personen bei 10 gut, bei 6 mittelmäßig, bei 4 schlecht, d. s. 50%, 30% und 20%. Für die großen dagegen lauten die Zahlen bei 45 Personen: 21, 11 und 13; d. s. 46,5%, 24,5% und 29%. Sie bleiben darum gegen die mit nur kleinen Dosen zurück, weil sie hauptsächlich bei unruhigeren Kranken angewendet wurden, bei denen die Wirkung geringer ist. Es steht nämlich die beruhigende Wirkung der schlafmachenden durchaus nach, und sie müssen, wenn man die Wirksamkeit des Pellotins richtig beurteilen will, getrennt betrachtet werden.

Bei 23 ruhigen Personen, bei denen es also nur als Schlafmittel in Betracht kam, wirkte P. gut bei 15 also 65% (davon bei acht schon in kleiner Dosis), mittelmäßig bei 6 = 26% (zwei in kleiner Dosis), schlecht bei 2 = 9% (1 refraktär gegen Schlafmittel).

Im Verhältnis zu diesen Fällen unzuverlässig und sehr ungleichmäßig ist die Wirkung bei erregten Kranken. Neben vollständigen Erfolgen kamen auch gänzliche Mißerfolge bei demselben Kranken vor und im allgemeinen ist die Wirkung viel geringer. Bei 16 von 42 = 38,0% trat wohl auch ein voller Erfolg ein (bei zwei schon in kleinen Gaben), aber bei den meisten doch nur neben mehr mittelmäßigen und sogar schlechten.

Bei 12 = 29% wirkte Pell. nur mittelmäßig (vier hatten nur die kleine Dosis erhalten).

14 = 33,0% blieben ganz unbeeinflußt. Allerdings wurde es hier auch zumeist nur gelegentlich aus Anlaß sehr heftiger Erregungen gegeben; vier versagten auch bei wiederholten großen Gaben (ein Epileptiker, ein senil Deliranter, ein stark erregter Paralytiker und Katatoniker), bei vier wurde nur die kleine Dosis gegeben.

Da hier die Wirkung bei den einzelnen Kranken je nach ihrem Zustand sehr wechselte, soll sie in der Verteilung auf die Einzelgaben berechnet werden. Es stehen also von den insgesamt 143 Dosen (die zu 19% kleine waren) 48 voll wirksamen Gaben 54 mittelmäßige und 40 wirkungslose gegenüber, d. s. 34%, 38% und 28%. Achtmal folgte die volle Wirkung schon der kleinen Dosis. Für die ruhigen Personen stellen sich die entsprechenden Zahlen folgendermaßen: Von 37 an sie verabfolgten Dosen (welche zu 51% kleine waren) hatten 41% vollen, 43% mittleren und 16% keinen Erfolg. Zu beachten ist dabei, daß gerade bei Personen mit schlechtem Erfolge das Mittel häufiger versucht wurde. Neunmal trat die volle Wirkung schon nach der kleinen Gabe ein.

Gute und überwiegend wenigstens mittelgute Erfolge wurden unter den Erregten erzielt bei Katatonikern und Paralytikern in mäßiger motorischer Unruhe, und besonders bei den Erregungen Hysterischer, Epileptischer und Imbeziller. Ferner bei einem Kranken, welcher infolge lebhafter quälender Halluzinationen schlaflos war. Mäßig waren die Erfolge bei senilen und symptomatischen Delirien. Ohne die gewünschte Wirkung bleibt das Pellotin bei starker motorischer Unruhe der Katatoniker und Paralytiker und bei Alkoholdeliranten. Allerdings bleiben auch sie nicht immer ganz unbeeinflußt. In einzelnen Fällen sieht man doch die Unruhe für einige Minuten bis 1/4 Stunde etwas abnehmen, dann kehrt sie zur alten Höhe zurück. Bei einem Deliranten gestaltete sich diese Wirkung so, daß er nach zehn Minuten deutlich matter wurde, häufig zu gähnen begann; zu Bett gebracht, blieb er ruhig liegen, die Delirien wurden leichter, die Augen fielen ihm wiederholt zu, aber die Beschäftigung wurde doch weiter fortgesetzt, nach weiteren zehn Minuten wurde er wieder munterer und nach mehr als 30 Minuten war von einer Wirkung nichts mehr zu merken. Eine erneute Dosis in dieser Zeit der Beruhigung verlängert die Wirkung. Jolly hat so einem Deliranten 0,12 g binnen zwei Stunden gegeben und damit zwar keinen Schlaf, wohl aber Beruhigung erzielt. In einem meiner Fälle kam aber ein Delirant auf diese Weise zum Schlaf. Er delirierte zwar schon den dritten Tag, auffallend war jedoch, daß auch hier der Schlaf 25 Minuten nach Aufnahme der zweiten großen Dosis eintrat.

In den meisten Fällen von Delirium aber und für gewöhnlich auch bei sehr heftig erregten Katatonikern und Paralytikern bleibt das Pellotin ganz ohne sichtbaren Einfluß. Die prompte Wirkung auf motorische Erregungen, wie sie das Skopolamin hat, kommt ihm nicht zu, es ist damit gar nicht in Vergleich zu setzen. Dagegen habe ich versucht, es mit den sonstigen bewährten Schlafmitteln in der Wirkung zu vergleichen und habe es sieben Paralytikern, die sich längere Zeit in einer andauernden gleichmäßigen Erregung hielten, abwechselnd mit Paraldehyd, Amylenhydrat, Chloralhydrat, Sulfonal, Trional und Veronal gegeben. Es zeigte sich dabei



wieder die ganz verschiedene Empfänglichkeit der verschiedenen Personen für Schlafmittel, die sich ganz ebenso auf das Pellotin erstreckt. Ein Kranker hatte unter 29 Gaben von Schlafmitteln nur zweimal einen vollen Erfolg, ein anderer fast bei allen. Wesentliche Unterschiede haben sich nun nicht ergeben. Die Tabellen oder genauen Zahlen anzuführen hat wenig Wert, weil die Schlafmittel nicht alle in der gleichen Anzahl gegeben werden konnten und weil die Versuche bei einigen Kranken infolge ihrer Beruhigung früher unterbrochen werden mußten. So wurden einige Mittel viel seltener verabreicht als die übrigen und ein Erfolg oder Mißerfolg bedingt dann natürlich erhebliche Unterschiede. Chloralhydrat und Sulfonal waren nur selten daran gekommen. Stellen wir die Erfolge der übrigen zusammen, so zeigt sich, daß Pellotin bei den vollen Erfolgen etwa den Durchschnitt hält, bei den mittleren Erfolgen unten steht, aber verhältnismäßig viel öfter gänzlich versagt hat Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß Pellotin überhaupt am öftesten gegeben wurde und am häufigsten gerade den Kranken mit der geringsten Reaktion auf Schlafmittel. Zu bemerken ist, daß hier bei den erregten Kranken ein Schlaf von über sechs Stunden schon als voller Erfolg gerechnet wurde, was darunter blieb als mittlerer. Betrug der Schlaf nur eine Stunde, so wurde das als Mißerfolg gezählt, ebenso, wenn der Schlaf erst in den Morgenstunden eintrat. Nur wenn auf das Mittel bald Beruhigung und dann nach einigen Stunden noch Schlaf erfolgte, so wurde dieses als halber Erfolg notiert. Es geschah das mehrfach, daß erst Beruhigung und nach ein bis zwei Stunden noch Schlaf folgte. Hierbei wirkte Pellotin übrigens bei mehreren Kranken durchschnittlich schneller als die anderen Mittel. Wie sich die Wirkung der hauptsächlichsten Mittel stellte, möge folgende Tabelle veranschaulichen:

	Voller Erfolg %	Mittlerer %	Keiner %
Paraldehyd (27 mal gegeben)	41	44	15
Amylenhydr. (15 „ „)	46,5	40	13,5
Trional (18 „ „)	33	50,5	16,5
Veronal (22 „ „)	32	59	9
Pellotin (50 „ „)	36	40	24,0
nur große Dosen (40 mal gegeben)	32,5	45	22,5.

Unter Berücksichtigung der erwähnten Verschiedenheiten in der Verabreichung der Mittel sind also bedeutende Unterschiede nicht zu finden, jedenfalls aber zeigt Pellotin sich den bewährten Schlafmitteln an Wirkung nicht überlegen. Doch ist hervorzuheben, daß es durch die Möglichkeit subkutaner Anwendung doch in einzelnen Fällen zu Beruhigung und Schlaf verholfen hat, in Erregungszuständen, in welchen innere Mittel zurückgewiesen wurden, so bei einer Paralytischen, bei einem erregten manisch-depressiven Kranken, bei drei Fällen von Erregungszuständen bei einem Epileptischen, Hysterischen und Imbezillen und auch in einem Falle symptomatischer Delirien.

Im allgemeinen wirkt also das Pellotin bei Paralytikern, Alkoholisten und Kranken der Dementia praecox-Gruppe je nach dem Grade ihrer Erregungen, bei ruhigen halluzinierenden Kranken wirkt es im allgemeinen gut. Gut ferner bei nervöser Schlaflosigkeit geistig Gesunder, ferner bei allen degenerativen Zuständen, hier auch in Aufregungszuständen. Mittelmäßig wirkt es bei Senilen, Arteriosklerotikern und in symptomatischen Delirien. Auffallend wenig reagierten darauf die Manisch-depressiven.

Die Wirkung des Mittels beginnt nach 10 bis 15 Minuten. Ruhige Personen berichteten, daß sie nach etwa zehn Minuten von einer starken Müdigkeit befallen werden und rasch einschlafen, zumeist ohne irgendwelche Nebenerscheinungen zu verspüren. Der Schlaf ist ein ruhiger, nach dem Erwachen fühlen sie sich wohl. Man kann ruhige Kranke schon nach 1/4 Stunde schlafend finden. Auch die erregten Kranken zeigen nach zehn Minuten die ersten Anzeichen der Wirkung, die in den nächsten zehn Minuten rasch zunehmen, und nach 20 bis 30 Minuten schlafen sie ein. In einigen Fällen verzögert sich dieser Verlauf etwas; kommt es nicht zu Schlaf oder Beruhigung, so ist nach 1/2 bis 3/4 Stunde gewöhnlich auch die Wirkung vorbei.

Aus dem Schlafe geweckt, schliefen die meisten, insbesondere die Unruhigen, nicht von selbst wieder ein. Was nun die Nebenwirkungen anlangt, so muß man wohl die erregten Kranken sowie die Paralytiker außer Betracht lassen. Von den 23 Personen aber, welche über ihre Empfindungen Auskunft geben konnten, hatten zwei Nebenerscheinungen vor dem Einschlafen, Brausen und Schwindel, und nach dem Erwachen etwas Kopfschmerz. Eine gesunde Person schlief bald ein, hatte aber bei mehrmaligem Erwachen das Gefühl einer bleiernen Schwere in den Gliedern. Daß hier noch den andern Tag größere Müdigkeit bestand, ist dem Pellotin wohl nicht zuzurechnen, weil die Dame unter der Nachwirkung einer Influenza stand. Dieselbe Schwere in den Gliedern, etwas Brausen und Photismen bemerkte eine andere gesunde Person, Erscheinungen, die nach zehn Minuten eintraten und nach 1/2 Stunde verschwunden waren, ohne daß Schlaf kam. Nachwirkungen aber sind



außer bei den beiden Frauen, die Kopfschmerzen hatten, nicht aufgetreten, insbesondere nicht eingenommener Kopf, wie das bei anderen Schlafmitteln öfters vorkommt; alle Personen waren nach dem Erwachen munter und frisch, niemals bestand Störung des Appetites; auch bei den erregten Kranken wurde in keinem Falle eine Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme wahrgenommen, wie nach Skopolamin nicht selten.

Nebenerscheinungen bedenklicher Art sind gar nicht vorgekommen. Ein eigenartiger Zustand bei einer Epileptischen muß aber erwähnt werden. Sie bekam Pellotin in einer heftigen weinerlich-gereizten Erregung nach mehreren epileptischen Anfällen. Der Puls war vor der Verabreichung sehr beschleunigt, 140, und lebhaft schwankend in der Frequenz. Auch bei ihr trat nach zehn Minuten Beruhigung ein, sie schluchzte wohl noch eine Zeitlang, aber dann wurde die Atmung regelmäßig, nur ab und zu von einer tiefen schluchzenden Inspiration unterbrochen. Der Puls war nach zehn Minuten auf 72 Schläge zurückgegangen, aber immer noch sehr irritabel, bei jeder tiefen Inspiration oder bei einer Kopfbewegung schnellte er in die Höhe.

Pat. lag nun dauernd ruhig, bis auf etwas Umherwälzen oder einige wiegende Kopfbewegungen; die Glieder waren ganz schlaff, der ganze Körper war anästhetisch, es erfolgte auf keinerlei Anreiz eine Reaktion. Die Augen waren weit geöffnet, die wie immer bei dieser Kranken sehr weiten Pupillen reagierten auf Licht nur mit geringem Ausschlag, die sonstigen Reflexe waren alle erhalten. Dieser Zustand hielt den ganzen Tag an, dabei ging der Puls im Laufe des Nachmittags bis auf 48 Schläge zurück, war aber regelmäßig und voll und stieg gegen Abend wieder an. Die Atmung blieb gleichmäßig, nur etwas oberflächlich. Noch nach Mitternacht war der Zustand unverändert, ging später in den gewöhnlichen Schlaf über; am andern Morgen war die Kranke wieder erregt wie die Tage vorher.

Eine so starke Pulsverlangsamung habe ich noch einmal bei einem Paralytiker gefunden, bei dem sie ebenfalls mehrere Stunden anhielt. Was im übrigen die Pulsverlangsamung überhaupt angeht, so wurde sie von Heffter als regelmäßig hingestellt, Pilcz hat sie gar nicht beobachtet, Jolly dagegen gab an, daß sie in einigen Fällen vorübergehend eintrat. Es kommt nun zweifellos dem Pellotin eine pulsverlangsamende Wirkung zu, und zwar tritt sie bei der Mehrzahl der Personen ein. Genaue Zahlen lassen sich auch hier nicht anführen, weil oft die Pulszählung bei den schlafenden Kranken nicht ausführbar war, ohne Gefahr, sie zu erwecken. Der große Rückgang der Pulszahl bei den erregten Kranken ist ja im wesentlichen natürlich durch die Beruhigung veranlaßt und auch geringe Verlangsamungen bei ruhigen Kranken durch die völlige Ruhe im Schlafe. Aber einmal findet man, daß bei schlafenden Kranken die Pulszahl nach 1/2 Stunde oder später wieder in die Höhe geht. Dann aber kann man sich von der pulsverlangsamenden Wirkung am besten überzeugen, indem man ruhige Kranke erst eine Weile still zu Bett liegen läßt, dann erst die Pulsfrequenz feststellt und das Pellotin gibt. Man findet dann, daß nach 10 bis 15 Minuten der Puls allmählich um sechs bis zwölf Schläge zurückgeht, auch ohne daß Schlaf eintritt; nach 1/2 Stunde steigt er dann wieder auf seine frühere Höhe an. Bei schlafenden Kranken kann er aber auch mehrere Stunden verlangsamt bleiben. Es geht also die pulsverlangsamende Wirkung mit der schlafmachenden nicht parallel. Bei einigen Kranken blieb sie ganz aus, obwohl der Schlaf rasch eintrat. Auch bei dem einzelnen Kranken ist sie nicht konstant.

Der Puls wird bei manchen Kranken auch weicher; eine Druckveränderung ist in mehreren Versuchen mit dem Gärtnerschen Tonometer nicht festzustellen gewesen.

Mit Ausnahme der oben erwähnten Epileptika habe ich eine anästhesierende Wirkung nicht bemerkt, es sind allerdings auch nur einzelne Fälle darauf untersucht worden. Gegen Schmerzen hatte ich nur einmal bei einer Tabischen Gelegenheit, Pellotin anzuwenden. Die Schmerzen wichen prompt und blieben mehrere Stunden weg.

Änderung der Pupillenweite oder der Reflextätigkeit war nie zu beobachten.

Zusammenfassend kann man folgendes Urteil über Pellotin abgeben: Als Beruhigungsmittel ist es nur von mäßigem Wert. Insbesondere fehlt ihm die prompte Einwirkung auf motorische Erregungen, die das Skopolamin hat. Ersatz für dieses kann es im allgemeinen nicht bieten; jedoch hat es bei Erregungszuständen Epileptischer und Hysterischer dieses doch mehrfach überflüssig gemacht, wo man mit inneren Mitteln nicht heran konnte. Bei mäßigen Erregungen ist die Wirkung unsicher und nicht besser als von den bewährten Schlafmitteln. Als reines Schlafmittel dagegen ist es brauchbar. Als Vorzug vor anderen könnte man anführen, daß es bei den meisten Menschen schneller wirkt, ferner daß es subkutan und innerlich gegeben und deshalb auch Kranken verabreicht werden kann, welche innerliche Mittel zurückweisen. Andererseits stellt es ein gleichwertiges Mittel dar zur Abwechselung mit



Veronal, Trional und Sulfonal bei Frauen, welche die flüssigen Mittel zumeist verschmähen. Ferner ist hervorzuheben, daß nach dem Erwachen nur ganz ausnahmsweise und nur geringe Störungen des Allgemeinbefindens vorkamen, und insbesondere Störung des Appetits mit Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme ganz ausblieb.

Jedenfalls machen die bisherigen Resultate weitere Versuche wünschenswert. Dabei wird eine weitere Steigerung der Dosen die Resultate bei den unruhigen Kranken wohl noch verbessern. Pilcz stieg bis 0,06 g in der Einzeldosis und gab mehrmals 0,04 g. Bei meinen Versuchen mit höheren Gaben fand ich, daß auch von einer großen einmaligen Dosis nicht mehr zu erwarten ist, wenn die kleine ganz ohne bemerkbaren Einfluß bleibt. Dagegen kommt man noch zum Ziele, wenn eine auch nur geringe Wirkung vorhanden ist und man der ungenügenden Dosis eine größere nachgibt. Ferner erscheint es mir aussichtsvoll, die stark einschläfernde Wirkung des Pellotin mit der Dauerwirkung eines anderen Mittels zu verbinden. So hat mir die Kombination 0,5 Veronal und 1/2 Stunde danach eine kleine Dosis Pellotin in mehreren Fällen gute Dienste geleistet. Auch bei Deliranten ist diese Kombination zweier unschädlicher Mittel zu versuchen.

Ich selbst habe erst wenige Versuche mit den großen Dosen und der Kombination anstellen können, will aber meine bisherigen Resultate bekannt geben, um auch andere zu Versuchen anzuregen.

Der Preis des Pellotins ist vorläufig noch etwa wie der des Skopolamins, so daß die wirksame Dosis bei ihrer Höhe recht teuer wird. Bei größerer Anwendung wird es sich allerdings verbilligen.

Literatur über Pellotin muriat.

a) Pharmakologisch (nach dem Bericht der Fabrik).

Heffter, Berliner Berichte, Bd. 27, S. 2975.
— Bd. 29, S. 216.
— Bd. 31, S. 1193.
— Archiv für exper. Path. u. Pharm., 1894, S. 65 u. 374.
— Bd. 40, S. 385.
Lewin, Archiv für exper. Path. und Pharm., Bd. 24, S. 401.
Rander, Archiv der Pharmazie, Bd. 237, S. 190.

b) Klinisch, Pellotin als Schlafmittel.

Jolly, Therapeutische Monatshefte, 1896, S. 329.
— Deutsche med. Wochenschrift, 1896, S. 375.
Langstein, Prager med. Wochenschr., 1896, Nr. 40.
Pilcz, Wiener klin. Wochenschr., 1896, Nr. 48.
Hutchings, State Hospitals Bulletin, Januar 1897, ref. im Literaturheft der Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 55, S. 123

Mitteilungen.

— **Vom XVI. internationalen medizinischen Kongress in Budapest, 29./VIII. — 4./IX. 1909.** In den letzten Jahren ist mehrfach Kongreßmüdigkeit zum Ausdruck gekommen. Man neigte zu der Ansicht: die Kongresse, besonders die internationalen, haben sich überlebt. Wer diese Meinung bereits akzeptierte, der hat in Budapest die Wiedergeburt der Kongreßidee erlebt. Und wer gefürchtet, daß für Kongreßmüdigkeit noch obendrein in Budapest der Boden günstig sein könnte, ist angenehm enttäuscht worden. Der Kongreß ist so verlaufen, daß er an wissenschaftlicher Bedeutsamkeit keinem der früheren nachsteht, an Glanz und Teilnehmerzahl manchen in Schatten stellt. Bei der exzentrischen Lage des Kongreßsitzes und in Anbetracht, daß die Zahl der im Kongreßlande ansässigen Ärzte eine relativ niedrige ist, darf die Beteiligung — mit Familienangehörigen ca. 4500 Mitglieder — eine sehr starke genannt werden. Es scheint sogar, daß man in Budapest auf so starken Besuch nicht gerechnet und die Zugkraft der schönen Magyarenhauptstadt an der Donau unterschätzt hat.

Der Budapester Kongreß hat jedenfalls die Erwartungen, die man ihm entgegengebracht, in reichstem Maße erfüllt. Es hieße Eulen nach Athen tragen, wollte man von der Gastfreundlichkeit der Magyaren sprechen. Jeder, dem es wie dem Schreiber dieses vergönnt war, während der Kongreßzeit als Gast im Hause einer liebenswürdigen magyarischen Familie wohnen und weilen zu dürfen, hat jene bekannte Eigenschaft der Magyaren selbst erlebt und bestätigen können und denkt mit aufrichtiger Dankbarkeit und den angenehmsten Erinnerungen an den Kongreß zurück. Aber auch die Bevölkerung im ganzen bewies den Gästen überall aufmerksames Entgegenkommen. Man machte wohl keine Fahrt in der Straßenbahn, ohne daß ein Einheimischer ein Gespräch angeknüpft hätte: ob einem Budapest gefalle, ob man mit dem Aufenthalt zufrieden sei; man wurde bereitwilligst orientiert, auf Bauten und Denkmäler in liebenswürdigster Weise aufmerksam gemacht.

Ganz besonders eifrig hat sich das Damenkomitee der Damen der Kongreßmitglieder angenommen, wie man von letzteren rühmen hörte und wie man aus der langen Reihe nach Hunderten zählender Wagen schließen konnte, in denen die Kongreßdamen ihre Umfahrten bei den Sehenswürdigkeiten der Hauptstadt und der Umgebung machten.

Tadellos funktionierte der Organismus des Kongresses selbst. Der wissenschaftliche Betrieb in den



Sitzungen und der geschäftliche Verkehr in den Bureaus (Post, Telegraph, Telephon, Auskunftei) wickelte sich ganz glatt und ohne jede Erschwerung und Störung ab; beim Betreten des Kongreßhauses gleich am ersten Tage hatte man den Eindruck, als kehrten Kommilitonen — wären nicht so viel bejahrte darunter gewesen — aus den Ferien zurück und suchten in gewohnten Räumen und in gewohnter Weise ihre alten Plätze in den Auditorien auf; kein lästiges Suchen, kein Fragen, keine „Desorientiertheit". Und dessen freute man sich sehr im Hinblick auf manche unangenehmen Erfahrungen bei früheren Kongressen.

Schade, daß die Teilung der Persönlichkeit nur als pathologische Erscheinung vorkommt. Man hätte zu gerne an den Sitzungen mehrerer Sektionen gleichzeitig teilgenommen. Für den nächsten Kongreß empfehle ich Anbringung von Telephonen, die zu den einzelnen Sitzungen hinleiten, wie man sie zur Verbindung mit Theater und Oper hat. (In einem vornehmen Klubhause in Budapest sah ich deren gleich acht Stück auf einmal in einem Zimmer — so vorgeschritten ist man in Budapest!)

So kann ich im wesentlichen nur von der psychiatrischen Sektion berichten. Sie war gut besucht; in manchen Sitzungen zahlreicher als die neurologische. Von den angesagten Vorträgen fielen nur wenige aus. Die regen Diskussionen zeigten, daß man sich auf eine gründliche Aussprache über die zur Erörterung stehenden Themata sorgfältig vorbereitet hatte, und bewegten sich in jeder Beziehung auf der Höhe — ein Beweis auch dafür, daß das Sektionskomitee bei der Wahl der Themata eine glückliche Hand gehabt hat. Überhaupt stand man so unter dem Eindruck der Vortrefflichkeit der Sektionsleitung, daß Herr Prof. Sommer-Gießen nur den einstimmigen Wunsch aller Sektionsmitglieder aussprach, als er uns den Vorschlag machte, Herrn Hofrat Moravcsik, dem Vorsitzenden, als Zeichen des Dankes und der Anerkennung ein Andenken an den Kongreß zu stiften. Bei dem Diner, das Herr Hofrat Moravcsik am Donnerstag, den 2. September der Sektion gab, wurde es ihm in Gestalt zweier kostbarer Vasen überreicht. Die umsichtige Mitwirkung des Schriftführers Herrn Priv.-Doz. Dr. Hudovernig wurde selbstverständlich in die Dankeskundgebung einbezogen.

Sehr lehrreich war die Besichtigung der neuen psychiatrischen Klinik Leopoldsfeld. Herr Hofrat Moravcsik hatte die Freundlichkeit, sie den Sektionsmitgliedern zu zeigen und alle Einzelheiten zu erläutern. Die Klinik — die von ihm im vorigen Jahrgang dieser Zeitschrift Nr. 50 beschrieben ist — verdient unseren besten Universitätskliniken zur Seite gestellt zu werden. Auch die Einrichtungen der Staatsirrenanstalt Leopoldsfeld, deren Direktor Dr. Konrad ebenfalls die Fachkollegen zur Besichtigung der Anstalt einlud, fanden ungeteilten Beifall. Dr. Ranschburg demonstrierte die hochinteressanten Apparate seines psychophysischen Laboratoriums.

Der internationale medizinische Kongreß zu Budapest hat bei seinen Mitgliedern sicherlich nur die besten Erinnerungen hinterlassen. Die ungarischen Kollegen dürfen überzeugt sein, daß uns anderen es eine große Freude bereiten wird, bei dem nächsten Kongresse in London die liebenswürdigen persönlichen Bekanntschaften zu erneuern, und so sei ihnen ein herzliches: „Auf Wiedersehen!" zugerufen. Dr. Bresler.

(Ausführlicher Bericht über die Vorträge folgt.)

Referate.

— Schlußbericht des Landesausschusses für das Erzherzogtum Österreich unter der Enns über die Errichtung der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke am Steinhof, Wien XIII.

Dieses soeben im Druck erschienene, nicht weniger als 307 Seiten umfassende Werk gibt einen hochinteressanten Einblick in die immense Arbeit, welche der niederösterreichische Landesausschuß mit seinen Beamten bei der Errichtung der Anstalten geleistet hat, in die kolossalen, zum Teil zufällig und unvorhersehbar dazwischen getretenen Schwierigkeiten, die zu überwinden waren, in die Art und Weise, wie alle Einzelheiten des Baues durchgeführt wurden. Der kurzen Frist von nur 30 Monaten hatte es bedurft vom ersten Spatenstich bis zu dem Moment, wo die Anstalt wie aus einem Gusse fertig dastand!

Die Baukosten, deren Voranschlag, wie fast immer bei Anstaltsbauten, sich als gänzlich unzureichend erwies — in diesem Falle zum Glück, sonst wäre recht Unzulängliches zustande gekommen —, belaufen sich auf rund 28000000 Kronen.

Wäre das ursprüngliche Bauprojekt, das für 2000 Kranke berechnet war, nicht wesentlich geändert und erweitert worden, so stände das Land heute wiederum vor der Notwendigkeit, 10 bis 15 Millionen für eine neue Anstalt aufzubringen.

Gegenwärtig ist die Anstalt mit rund 2700 Kranken belegt; davon sind zirka 360 im Sanatorium für Kranke der wohlhabenden Bevölkerung. Rechnet man die Plätze in diesem Institut, das auf rein geschäftlichen Grundsätzen ruht, getrennt von denen der übrigen Anstalt und den einzelnen Platz dort nur zu 20000 Kronen, so bleiben für die übrigen 2340 Plätze: 28000000 — 7200000 = 20800000 Kronen. Mithin kommt der Platz der gewöhnlichen Verpflegungsklassen gegenwärtig auf durchschnittlich rund 8880 Kronen. Dieser an sich nicht hohe Satz verringert sich beträchtlich, wenn man berücksichtigt, daß die Zentralanlagen bereits für einen Bestand von zirka 3700 Kranken eingerichtet sind und wenn man diese Mehrkosten in Abzug bringen würde. Da die Maximalleistungsfähigkeit der Anstalt unter Ausnutzung der gegenwärtig noch unverwendeten, mit verhältnismäßig geringen Kosten aber für Krankenzwecke zu adaptierenden Räume 3700 Plätze beträgt, so wird später bei komplettem Belag der Anstalt sich pro Bett ein Satz ergeben, der als mäßig bezeichnet werden muß im Vergleich zu den Sätzen, die man schon heutzu-



tage bei Anstaltsneubauten, zumal solchen in unmittelbarster Nähe von Millionenstädten in Anschlag zu bringen genötigt ist, und im Hinblick auf das Geleistete, das aufrichtige Bewunderung verdient.

Hoffentlich gelingt es dem niederösterreichischen Landesausschuß recht bald, für die geplanten, so dringend notwendigen Pflegerwohnungen ausreichende Mittel bewilligt zu erhalten.

Der Bericht ist so fesselnd geschrieben, daß man nicht umhin kann, ihn in einem Zuge durchzulesen. Sein Studium ist für den Fachmann, ob Anstaltsarzt oder Verwaltungsbeamter, außerordentlich instruktiv und gewinnbringend und muß sehr empfohlen werden.

Dr. Bresler.

— Festschrift zum 40jährigen Bestehen der Edelschen Heilanstalt für Gemüts- und Nervenkranke zu Charlottenburg (1869 bis 1909). Herausgegeben von Dr. Max Edel, II. Arzt der Anstalt. Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat Dr. Wilhelm Sander, 1 Portrait, 4 Tafeln, 4 Abbildungen und einem Situationsplan. Berlin, 1909. Verlag von August Hirschwald.

Den Anstaltsbericht und die Statistik schrieb Dr. Max Edel. Eine Schilderung der Sylvesterfeier in der Anstalt floß aus der Feder von Elise Zachow-Vallentin. Im anschließenden wissenschaftlichen Teil behandeln Dr. Max Edel und Dr. Senkpiel die psychiatrischen Erfahrungen mit der Wassermannschen Serumreaktion und erkennen die hohe Bedeutung der Reaktion für Diagnose und Therapie an. Ein weiterer Beitrag zur Prognose der Dementia praecox wird von Dr. Flamm gegeben. Verfasser schildert drei Fälle von Jugendirresein mit günstigem Ausgang. Er kommt zu dem Schluß, daß besonders die chronisch-katatonischen und chronisch-paranoischen Formen prognostisch ungünstig seien. Über die Methodik der salzarmen Ernährung bei Bromkuren (insbesondere bei Epilepsie) schreibt Dr. H. Strauß-Berlin. Er hält eine fleischarme Diät nicht bloß für die Behandlung der Epilepsie, sondern auch für die zahlreichen Kandidaten einer chronischen Bromtherapie aus der großen Gruppe der funktionellen Neurosen für erwünscht. Über Chirurgie und Geisteskrankheiten berichtet Dr. K. Hirsch. Er bringt u. a. einige Fälle von traumatischer Psychose, einen Fall von postoperativer Psychose nach Kataraktoperation, einen Fall von Selbstverstümmelung durch Herausschneiden der Genitalien bei einem Paralytiker, einen Fall von psychogen entstandenem Mastdarmprolaps bei einem 24jährigen Mädchen u. ä. — In einem Aufsatz „Urologisches in der Psychiatrie" empfiehlt Dr. A. Citron das Urotropin als Harndesinfiziens. — Einen Beitrag zur Röntgenuntersuchung des Kopfes liefert Dr. Max Levy-Dorn und gibt seinen Erläuterungen vier Röntgenphotogramme bei: 1. ein walnußgroßer Tumor der Hypophyse, 2. Schädelgummata, 3. Schädelfraktur, 4. Kugel im Gehirn. — Unter VII folgt: Über einen Fall von einseitiger reflektorischer Pupillenstarre der rechten und einseitiger Konvergenzstarre der linken Pupille von Dr. Georg Levinsohn. — Unter VIII: Beitrag zur Lehre von der Repräsentation der willkürlichen Muskulatur im Kortex der Zentralgegend von Dr. F. Müller. — Unter IX: Hypermetamorphose und Hyperprosexie von Dr. Paul Roller. — Unter X: Die Stellung der leitenden Ärzte an den Privatirrenanstalten in Preußen von Dr. Martin Anker. — Unter XI: Einige Worte über unser Pflegepersonal von Dr. Paul Roller. Ref.: Dr. Vogel-Colditz.

— Menschenkunde. Ausgewählte Kapitel aus der Naturgeschichte des Menschen. Von Dr. med. et phil. Georg Buschan. Mit 3 Tafeln und 80 Textabbildungen. 273 Seiten. (Naturwissenschaftliche Wegweiser, Serie B, Band 2.) Verlag von Strecker & Schröder in Stuttgart. Geh. 2,— M., geb. 2,80 M.

Verf. hat sich bereits seit 25 Jahren mit anthropologischen und ethnologischen Studien befaßt. Gestützt auf die so gewonnene reiche Erfahrung hat er es unternommen, eine gemeinverständliche „Menschenkunde" zu schreiben. Um das Buch nicht zu umfangreich werden zu lassen, mußte er sich natürlich auf die wichtigeren Kapitel beschränken. Die leicht faßliche Darstellung des an sich oft recht spröden Stoffes ist dem Verf. sehr gut gelungen; andererseits läßt uns der reiche, kritisch gesichtete Inhalt hoffen, daß die im wissenschaftlichen Sinne gehaltene Anthropologie, die uns der Verf. verspricht, eine von vielen Fachkollegen tief gefühlte Lücke aufs trefflichste ausfüllen wird.

Berze.

Personalnachrichten.

— Heil- und Pflegeanstalt **St. Getreu** zu Bamberg. Ab 1. September ist Assistenzarzt Dr. Joseph Reck aus dem Anstaltsdienste ausgeschieden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 28. 2. Oktober **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt:
Artikel: Dubief und die französischen Anstaltsärzte. Von Dr. Josef Berze, Primararzt und Direktor-Stellvertreter in Wien Steinhof. (S. 245.) — Luesnachweis durch Farbenreaktion. Von W. de la Motte, Bremen. (S. 250.) — Mitteilungen (S. 251): XV. Versammlung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen. — Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte. — Personalnachrichten. (S. 252.)

Dubief und die französischen Anstaltsärzte.

Von Dr. *Josef Berze*, Primararzt und Direktor-Stellvertreter in Wien-Steinhof.

Im Artikel 6 des franz. Irrengesetz-Entwurfes, der von Dubief herrührt, findet sich folgender Passus: Les médecins traitants résident ou non dans l'asyle, suivant la décision prise par le préfet après avis du Conseil général. Ils peuvent exercer librement la médecine. Daraus geht zunächst hervor, daß Dubief es nicht für nötig hält, daß die Anstaltsärzte in der Anstalt wohnen, und daß er in der Ausübung der Praxis außerhalb der Anstalt kein Hindernis für die zureichende Dienstleistung der Anstaltsärzte sieht.

Aus einer Reihe von Bemerkungen, die in einem jüngst erschienenen Werke Dubiefs*) enthalten sind, geht aber noch weit mehr hervor, nämlich 1. daß Dubief von den französischen Anstaltsärzten im allgemeinen — gelinde gesagt — keine hohe Meinung hat, 2. daß er der Ansicht ist, all die Mängel, die er an der Anstalts-Ärzteschaft konstatieren zu müssen glaubt, seien dadurch zu beseitigen, daß man die Anstaltsärzte der Praxis nachgehen läßt.

Besonders charakteristisch für die Beleuchtung, in der Dubief die Anstaltsärzte sieht, ist eine Schilderung, die sich im Abschnitte: Des séquestrations arbitraires (S. 135) findet. Es gibt, meint Dubief, tatsächlich ab und zu nicht zu rechtfertigende Internierungen und Anhaltungen in den Anstalten. Selbst der tüchtigste Irrenarzt kann irren. Dazu sind die Anstaltsärzte aber durchaus nicht etwa lauter Magnans, Garniers oder überhaupt Leute, die den Vergleich mit jenen Männern, welche der französischen Psychiatrie zu so besonderer Ehre gereichen, aushalten. Man müsse auch an den ganzen Nachtrab, an die „queue de la profession" denken. Da gebe es eine Anzahl von Leuten, recht braven Leuten, die sich gewissermaßen in die Anstalten geflüchtet hätten und nun einfach nach der Anciennität Anstalts-Direktoren geworden seien. Zurückgezogen im Provinzleben, weit weg von der Bewegung in den wissenschaftlichen Zentren, nur darauf bedacht, in den Augen des Sous-Präfekten und der übrigen Funktionäre von Einfluß tadellos und der höheren Rangsklasse wert zu erscheinen, bilden diese Leute, die in der Regel wenig gelernt und alles vergessen haben, Zierden gewisser bürgerlicher Salons, in denen sie ihr zweifelhaftes Licht leuchten lassen und ihre Ansprüche auf eine höhere Stellung geltend zu machen suchen. Wenn schon Magnans irren können — ist Sinn und Zweck dieser Ausführungen —, soll man da annehmen, daß solche Leute nicht irren in dieser Welt, in der doch alles dem Irrtum unterworfen ist?

Glücklicher Dubief, möchte man da zunächst ausrufen, der du in einem Lande lebst, in dem sich auch der zum Worte melden darf, dem die Wahrheit über alles geht, auch über jene zarte Rücksichtnahme auf den „Korpsgeist", die in anderen Ländern von denen, die sich aus irgendeinem Grunde der sachverständigen Kritik nicht aussetzen wollen, in der Regel mit Erfolg gefordert, erzwungen wird! Dubief mag mit dieser schonungslosen Aufdeckung einzelnen Persönlichkeiten recht lästig geworden sein, nützt er aber nicht andererseits eben dadurch dem ganzen Stand? Ist es nicht besser, wenn einer aus den Reihen der Ärzte rechtzeitig die Notwendigkeit einer Reform aufzeigt und sich bemüht, an dieser Reform mitzuarbeiten, als wenn der falsche, irregeleitete Korpsgeist immer wieder zur Deckung unhaltbarer Zustände mißbraucht wird, — so lange, bis die immer dringender werdende Reform schließlich doch durchgeführt wird, dann aber auf eine von außen kommende Anregung, ohne Mitwirkung der Bestunterrichteten und nicht

*) Dubief, Le régime des aliénés avec une préface du Dr. Bajenoff (Moscou). Paris, Jules Rousset, 1909.



selten ganz ohne Berücksichtigung ihrer Interessen? Unsere staunende Bewunderung Dubiefs, der so offen Kritik übt, und der französischen Anstaltspsychiater, die die so herbe Kritik ziemlich ruhig hinzunehmen scheinen, sinkt allerdings bedeutend, wenn wir bedenken, daß Dubief nicht nur Arzt, sondern auch — und, wie es scheint, vor allem — Politiker ist, Volksvertreter und ehemaliger Minister.

Nun aber das Universalmittel für all die Mängel, das Dubief empfiehlt! Dubief setzt obenan den Satz: Man kann kein guter Irrenarzt sein, wenn man nicht vorerst ein guter Praktiker in der allgemeinen Medizin ist, und wenn man nicht, um es zu bleiben, fortfährt, die Praxis auszuüben (Art. Fonctionnaires ou médecins im zitierten Werke). Alle die großen Ärzte Frankreichs, die Fürsten unter den gelehrten Medizinern, waren zugleich praktische Ärzte mit großer Klientel und Spitalsärzte; warum sollte es bei den Irrenanstaltsärzten anders sein? Man komme nicht damit, daß der Anstaltsarzt die Zeit und Spannkraft, die ihm sein Dienst in der Anstalt übrig läßt, der wissenschaftlichen Beschäftigung mit seinem Spezialgebiete widmen soll. Man kann füglich behaupten, meint Dubief, daß die Anstaltsärzte, welche wirklich an der Erforschung der Geistesstörung kräftig Anteil genommen haben, gerade durchwegs solche waren, die neben ihrem Anstaltsdienste noch die Praxis ausübten und oft außerdem noch — was Dubief nicht in der Ordnung findet — noch an Privatanstalten wirkten. Die Ärzte hinwiederum, welche vom Recht der Praxis nichts wissen wollen, unter dem Vorwande, sie brauchten ihre Zeit für wissenschaftliche Arbeiten, seien fast ausnahmslos solche, die nie etwas anderes geschrieben haben als Eintritts- und Austritts-Zertifikate und mit der Wissenschaft schon lange nicht mehr auf gutem Fuße stehen. Auch er, Dubief, sei der Meinung, daß man alles vermeiden muß, was geeignet wäre, das wissenschaftliche Niveau der Anstaltsärzte, die soviel Gelegenheit hätten, an der Lösung von wichtigen soziologischen Problemen mitzuarbeiten, herabzudrücken. Gerade darum sei alles zu vermeiden, was geeignet wäre, aus den Anstaltsärzten Funktionäre zu machen, die auf nichts anderes bedacht sind, als sich das Wohlwollen des Präfekten zu erhalten, und beständig auf der Jagd sind nach einer günstigen Gelegenheit zu einem Avancement, dabei noch etwa von akademischen Ehren träumend, wenn sie an die vierzig Jahre alt geworden sind, und vom roten Bande, wenn ihre wenig denkwürdige Tätigkeit ein Ende erreicht hat; diese Entwicklung nehmen aber nach Dubief eben alle, die nur ihren Anstaltsdienst tun und die Praxis nicht ausüben. Kurz und bündig könnte man Dubiefs Ansicht also folgendermaßen ausdrücken: Gegen den Anstaltsblödsinn der Anstaltsärzte gibt es nur ein Mittel — die Praxis.

Daß die Anstaltsärzte die Praxis nicht recht wollen, habe mit der Wissenschaft nichts zu tun; das Geschenk der Praxis werde vielmehr abgelehnt, weil diese Ärzte mit der Praxis die Verpflichtung zu übernehmen fürchten, um ihr auskömmliches Dasein zu ringen, während sie jetzt friedlich ihr Avancement im Laufe der Jahre und ihre Pensionierung am Ende ihrer Karriere abwarten können. Aus einem ähnlichen Grunde wollen sie auch das zweite „Geschenk" nicht, sie wollen ihre Anstaltswohnung nicht aufgeben; sie wollen sich die großen materiellen Vorteile bewahren, die mit dem Wohnen in der Anstalt verbunden sind. Kurzum, die Ärzte wollen sich das beste Leben um den Preis der geringsten Anstrengung sichern.

Bajenoff nun, der ein ausgezeichnetes kritisches Vorwort zu Dubiefs Ausführungen geschrieben hat, ist auch an die Besprechung dieses, wie er sagt, delikatesten Punktes des Buches Dubiefs gegangen. Er führt aus, daß die Organisation des ärztlichen Dienstes in den französischen Anstalten eine sehr mangelhafte ist. Es fehlt vor allem das Band, das die einzelnen Abteilungen verbindet. Die Chefärzte stehen nicht miteinander im Kontakt, sehen einander monatelang nicht. Jeder richtet sich den Dienst ein, wie er will; der eine übt das no-restraint, der andere macht ausgiebigen Gebrauch von der Zwangsjacke, der eine gibt seinem Pflegepersonal die Vollmacht, die Pfleglinge nach Gutdünken in die Zelle zu stecken, der andere verbietet dem seinigen ein solches Vorgehen aufs strengste usw. Der Chefarzt eilt, gefolgt von seinem Adjunkten (adjoint), wenn er einen hat, und von den „internes", in der Zeit von 9 Uhr bis Mittag durch die Abteilungen, unterschreibt die verschiedenen Anweisungen u. dergl. und dann — ist alles aus. Die Pfleglinge sehen keinen Arzt mehr bis zum nächsten Morgen, es müßte denn sein, daß irgendein besonderes Ereignis die Veranlassung wird, den diensthabenden Internen auf die Abteilung zu holen. Bajenoff richtet an Dubief, der doch auch einmal Anstaltsleiter war, die Frage, ob er viele Abteilungen nennen könne, in denen man auch nur eine Abendvisite mache. Mit ganz wenigen Ausnahmen sind die Pfleglinge 20 bis 24 Stunden ganz und gar der Willkür der Pfleger überlassen. Schuld an diesen Mängeln ist aber durchaus nicht der französische Irrenarzt, sondern das mangelhafte veraltete System, nach dem man dem Anstaltsarzt Ver-



pflichtungen auferlegt, die weit über seine Kraft gehen, und ihn in Arbeitsbedingungen bringt, die ihn vollends entmutigen müssen. Alles Behandeln und Individualisieren hört einfach auf, wenn ein Chefarzt den Dienst für mehrere hundert, ja für tausend Pfleglinge versehen soll; nicht einmal dem Namen nach kennen kann er sie, geschweige denn ihrem psychischen Zustande nach. Um nur das Nötigste zu leisten, brauchte er 17 Arbeitsstunden täglich; ein Halbgott oder ein Heiliger müßte er sein, um da auf die Dauer nicht den Mut zu verlieren.

Wie ganz anders sieht dieses Bild aus als das, das uns Dubief entworfen hat! Und Bajenoff ist auch ein genauer Kenner der französischen Anstaltsverhältnisse; seit einem Vierteljahrhundert hat er immer wieder Gelegenheit gefunden, sie zu studieren, und dabei die französischen Anstaltsärzte nach ihrem wahren Werte schätzen gelernt.

Bajenoff stellt nun der von Dubief beabsichtigten Reform eine recht ungünstige Prognose. Was wird geschehen? Die Reform wird sich da und dort darauf reduzieren, daß die Ärztestellen in den Provinzanstalten von den praktischen Ärzten der nächsten Umgebung besetzt werden, von Ärzten, die darauf ausgehen werden, die mageren Einkünfte ihrer Praxis durch ein Fixum zu ergänzen, für welches sie täglich eine möglichst geschwinde Visite in der benachbarten Anstalt machen werden, ohne sich weiter um den Dienst zu kümmern. So wird es in den Anstalten Ärzte geben „ignorants comme des carpes“ in allen psychiatrischen Fragen. Und so wird die Reform keinen Fortschritt, sondern einen gewaltigen Rückschritt bedeuten. Bajenoff spricht aus Erfahrung. Vor 20 bis 30 Jahren gab es in Rußland ähnliche Einrichtungen, wie sie Dubief in Frankreich einführen will. Da ereignete es sich z. B., daß einer der betagtesten Ärzte der Umgebung, als er in der Praxis nicht mehr recht nachkommen konnte, Anstaltsarzt wurde, um sein Leben fristen zu können.

Was in Frankreich not tut, ist nach Bajenoff vielmehr gerade die Schaffung eines Korps von Anstaltsärzten von Profession. Man muß jungen Ärzten, die Eignung und Neigung zum Berufe eines Psychiaters zeigen, eine gesicherte Zukunft schaffen. Man muß es ihnen, da dieser absorbierende Beruf ganz spezielle Studien und ganz besondere persönliche Qualitäten fordert, möglich machen, sich ganz der Ausübung ihrer Profession zu widmen. Das System, das sich in anderen Staaten, vor allem in Deutschland bewährt hat, wird sich auch in Frankreich bewähren — trotz aller Einwände, die von den Gegnern des Systems gemacht werden; der Einwand insbesondere, daß sich in Frankreich ein hierarchisches Schema wie in Deutschland des andersartigen Volkscharakters wegen nicht organisieren lasse, werde schon dadurch entkräftet, daß es auch in Italien und in den romanischen Teilen der Schweiz damit ganz gut gehe.

Dubiefs Ausführungen beziehen sich nur auf französische Verhältnisse. Wir, in Österreich sowohl wie in Deutschland, haben jenes Korps schon, das Bajenoff wünscht. Wir sehen, daß unser System sich so gut bewährt, daß wir es durch kein anderes ersetzt wissen möchten. Andererseits können wir uns aber, glaube ich, doch, wenn wir Dubiefs Schilderung der französischen Verhältnisse lesen, des trüben Gedankens nicht recht erwehren, daß manche von den Mängeln, die Dubief betont, leider auch bei unserm System nicht ganz ausgeschlossen sind. Weit entfernt, tout comme chez nous rufen zu müssen, werden wir zuzugeben haben, daß auch bei uns nicht alles aufs denkbar beste bestellt ist. Auch bei uns gibt es ab und zu einmal Ärzte, die sich darauf beschränken, das unbedingt nötige Maß von Tätigkeit zu entfalten, über dieses Maß hinaus keinerlei Interesse für die Wissenschaft oder auch nur das Anstaltswesen bekunden, jeder Arbeitsleistung, die nicht instruktionsmäßig gefordert wird, aus dem Wege gehen und gerade nur auf die sans histoire zurückgelegten Dienstjahre pochend bei Avancements jenen anderen vollkommen gleich gehalten werden wollen, die ihren Dienst aufs exakteste erfüllen, die sich nicht gescheut haben, etwa auch den heißeren Boden der literarischen Arbeit zu betreten, die wissenschaftlich rege tätig waren und ihre Arbeitskraft auch dort bereitwilligst zur Verfügung gestellt haben, wo es der Dienst nicht geradezu fordern konnte. Auch bei uns gab es jederzeit Ärzte, die, wie sich Dubief ausdrückte, gar zu sehr der Meinung huldigten, daß die Anstalten für sie da seien und nicht eigentlich für die Kranken. Wir sind aber nicht etwa gesonnen, diese Mängel dem System zuzuschreiben. Auch Dubief begeht ja offensichtlich einen groben Fehler, indem er dies tut. Neben Leuten, die regsamen Geistes sind und in sich selbst den Antrieb zu höheren Leistungen fühlen, werden sich immer auch solche finden, die den ruhigen Lebensgenuß vorziehen, neben ethisch höher stehenden, die sich durch Ausdauer und fleißiges Streben eine höhere Position erringen wollen, immer solche, die durch Augendienerei und Geflunker die höheren Rangsklassen ergattern wollen. Das liegt nicht im System der Dienstesorganisation, sondern im Charakter der zum Dienst Bestellten. Bei jedem System wird es die Hauptsache sein, die richtigen



Leute auszuwählen! Und daran würde es wohl auch vor allem fehlen, wenn das wahr wäre, was uns Dubief von den französischen Anstaltsärzten berichtet.

Gerade weil die Mängel, die Dubief betont, nicht nur einem bestimmten System anhaften, ist es auch für den Nichtfranzosen von Interesse, zu untersuchen, ob dem von Dubief gepriesenen Allheilmittel tatsächlich die gerühmte Wirksamkeit zugeschrieben werden darf.

Man kann die Frage von den verschiedensten Seiten betrachten, kann sie z. B. einmal so formulieren: Werden die — bequemeren Anstaltsärzte seltener werden, wenn man Wert darauf legt, daß sie die Praxis außerhalb der Anstalt ausüben? Wenn wir die Tatsachen unverblümt darstellen wollen, werden wir davon auszugehen haben, daß es unter den Anstaltsärzten, und zwar sowohl unter den gut als auch unter den minder qualifizierten, einerseits solche geben wird, denen das Einkommen aus der Stellung in der Anstalt genügen wird, die also nicht daran denken werden, die Praxis auszuüben, andererseits solche, die die Gelegenheit, ihre Einkünfte durch die Praxis zu vermehren, gerne ergreifen werden. An der Dienstleistung der ersteren wird sich nichts ändern; was aber die letzteren betrifft, ist nicht anzunehmen, daß sie dann, wenn sie einen Teil ihrer von vornherein nicht allzu großen Arbeitslust und Energie für die Praxis abgegeben haben werden, in der Anstalt mehr leisten werden als vorher. Im Anstaltsdienst fällt für sie ja das Stimulans der Entschädigung für jede einzelne Leistung weg.

Die minder eifrigen Anstaltsärzte werden also bei Dubiefs System voraussichtlich noch weniger leisten als beim alten. Wie steht es aber mit jenen tätigen, ausnehmend gewissenhaften, eifrigen Ärzten, die heute ihre ganze Kraft dem Anstaltsdienste widmen? Auch sie werden den mächtigen Anregungen zur Praxis unter Umständen folgen. Durch ihre Regsamkeit und Tüchtigkeit wird es ihnen bald gelingen, sich eine große Klientel zu gründen, und damit wird an sie in kurzem die Versuchung herantreten, den Anstaltsdienst ganz aufzugeben und die zunächst als Nebenbeschäftigung gedachte Praxis zum alleinigen Felde ihrer Tätigkeit zu machen. Sie werden dieser Versuchung nicht gar zu selten auch nachgeben; denn eine „gute" Praxis ist noch immer weit einträglicher als der bestdotierte Anstaltsposten. Zudem ist sehr zu fürchten, daß das doppelte „Geschenk" Dubiefs seine zweifelhafte Natur auch in dem Sinne bekunden könnte, daß man den Anstaltsärzten das, was man ihnen auf der einen Seite gibt, auf der anderen wieder nimmt; man könnte auf den Gedanken kommen — ich möchte nicht behaupten, daß Dubief daran denkt —, die Bezüge der Anstaltsärzte mit Rücksicht auf ihre angeblich florierende Praxis noch um einiges herunterzuschrauben. Dann läge die erwähnte Versuchung selbstverständlich noch näher.

Übrigens muß angenommen werden, daß in Frankreich die Gründung einer Praxis für die Anstaltsärzte nicht weniger als bei uns durch die Lage der Anstalten abseits von größeren Städten erschwert ist. Für viele Anstaltsärzte wäre die Gestattung der Praxis ein Geschenk, mit dem sie gar nichts anfangen könnten. Es ist geradezu unerklärlich, wie Dubief die Situation eines bescheidenen Anstaltsarztes irgendwo draußen in der Provinz mit der eines Magnan, Garnier, Toulouse usw. vergleichen und darauf verfallen kann, diesem Anstaltsarzt unter Hinweis auf die praktische Tätigkeit dieser Großstadtpsychiater mit ihren weit über die Grenzen ihres Vaterlandes hinausklingenden Namen das Empfehlenswerte einer regen Praxis außerhalb der Anstalten vor Augen zu stellen.

Weiter scheint Dubief gar nicht berücksichtigt zu haben, daß die Ausübung einer allgemeinen Praxis durch die Anstaltsärzte nur dann möglich ist, wenn diese zu keiner Zeit an die Anstalt gebunden sind. Die allgemeine Praxis erheischt oft sofortige Intervention des Arztes. Da kann die Ausrede, die Ärztekonferenz, die Visite usw. müsse zuerst erledigt werden, nicht gelten. Der Arzt muß kommen, wann immer man ihn braucht. Jede zeitliche Einteilung des Anstaltsdienstes hört somit für den médecin traitant auf, wenn man ihm die Ausübung der allgemeinen Praxis gestattet, und gar, wenn man die Ausübung der Praxis durch die Anstaltsärzte im Sinne Dubiefs begünstigt. Manchmal wird der Arzt viele Stunden abwesend sein, z. B. bei geburtshilflichen Fällen, vormittags etwa überhaupt nicht erscheinen. Ein klinischer Professor kann seine Konsilien zeitlich ansetzen, wie es ihm gefällt; der praktische Arzt, der es versuchen wird, seine Besuche auf eine ihm genehme Stunde zu verschieben, wird bald abgewirtschaftet haben.

Und was wird man mit den in der Praxis tätigen Ärzten machen, wenn ihre Versetzung in eine andere Anstalt aus dienstlichen Gründen notwendig wird? Durch eine Versetzung nimmt man dem Arzt mit einem Schlage seine ganze Praxis; er kann sie nicht mitnehmen. Diesen Einwand hat auch die Ärztevereinigung der asiles de la Seine gemacht; Dubief hilft sich mit einem Witz darüber hinweg.

Viele gewichtige Gründe sprechen also dagegen, die Ausübung der allgemeinen Praxis im Sinne Dubiefs zum System zu machen.



Es ist aber m. E. noch nicht einmal so entschieden, daß die Ausübung der allgemeinen Praxis den Anstaltsarzt zur Ausübung seines eigentlichen Berufes geeigneter macht bezw. geeigneter erhält. Und andererseits ist es nicht so ausgemacht, daß der Nutzen, den die allgemeine Praxis — unter Umständen! — mit sich bringen kann, nicht auch auf andere, den Anstaltsinteressen weit mehr entsprechende Art erreicht werden kann.

Was ersteren Punkt betrifft, muß besonders bedacht werden, daß nur wieder derjenige Arzt aus der Praxis die von Dubief erwartete höhere Durchbildung in der gesamten Heilkunde gewinnen wird, der die geistige Regsamkeit und den ernsten Eifer besitzt, welcher dazu nötig ist, die einzelnen Fälle wissenschaftlich durchzuarbeiten. Die einfach geschäftsmäßig — wenn ich so sagen darf — betriebene Praxis erweitert das wirkliche Wissen und Können nicht wesentlich, und die verschiedenen Mätzchen und kleinen Kunstgriffe, welche dem praktischen Arzt oft mehr Beliebtheit verschaffen als tiefgründige medizinische Bildung, sind im Anstaltswesen von weit geringerer, kaum mehr in die Wagschale fallender Bedeutung.

Wer das Zeug zu einem tüchtigen Arzt in sich hat, wer den einzelnen Fällen zureichendes Interesse entgegenbringt und an der Hand derselben sein Wissen in den einschlägigen Kapiteln zu bereichern bestrebt ist, wird dazu in der Anstalt selbst Gelegenheit genug finden. Hier wird ihn noch dazu nicht die drängende Hast, in der sich dem praktischen Arzt die Fälle aufbürden, oder irgendein anderes widriges Moment, das die Praxis etwa mit sich bringt, in der ruhigen, gründlichen Arbeit stören. Man kann also Herrn Dubief durchaus nicht beipflichten, wenn er meint, der Anstaltsarzt könne seine allgemein medizinischen Kenntnisse nur durch die Praxis außerhalb der Anstalt erhalten und erweitern.

Wenn man die große Arbeitsteilung auf dem Gebiete der Medizin, wie sie in den immer zahlreicher werdenden Spezialfächern zum Ausdruck kommt, vor Augen hat und andererseits bedenkt, daß an den meisten Anstalten eine größere Anzahl von Ärzten tätig ist, möchte man an eine andere Einrichtung weit lieber denken als an die generelle Höherbildung der Anstaltsärzte in der gesamten Heilkunde im Sinne Dubiefs, nämlich an die Ausbildung einzelner Ärzte in bestimmten Spezialfächern. Selbstverständlich wird es selbst in großen Anstalten nicht möglich sein, Spezialisten in allen denkbaren Fächern heranzubilden, die Anstalt gleichsam zu einer medizinischen Fakultät im kleinen umzugestalten: die wichtigsten Fächer aber, wie etwa Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Ophthalmologie, werden auch schon in kleineren Anstalten durch Ärzte mit einigen „spezialistischen" Kenntnissen vertreten sein können. In größeren Anstalten werden sich noch weitere „Anstalts-Spezialisten" dazu gesellen können, wie sich andererseits auch für die verschiedenen Hilfswissenschaften, wie pathologische Anatomie, Mikroskopie, Chemie, Biologie, Serologie, Hygiene usw., besonders interessierte Vertreter finden werden. Die Stellung des einzelnen Anstaltsarztes im hierarchischen System braucht dadurch gar nicht tangiert zu werden, daß einer von ihnen etwa als Konsiliarius in chirurgischen Dingen, ein anderer in ophthalmologischen Angelegenheiten usw. von den übrigen Ärzten zu Rate gezogen wird.

Es ist einer von den unzweifelhaften Vorteilen der großen Anstalten, daß in ihnen in Anbetracht der größeren Ärztezahl dieses System ohne Schwierigkeit gedeihliche Entwicklung nehmen kann. Seine Ergebnisse sind außerordentlich wertvoll; nicht nur, daß die somatisch erkrankten Pfleglinge eine dem Stande der betreffenden Spezialwissenschaft entsprechende Behandlung finden, ergibt sich für die Anstaltsärzte eine große Menge von Anregungen auf allen möglichen Gebieten, wodurch das Bildungsniveau der Anstaltsärzte im allgemeinen um ein Bedeutendes gehoben wird.

Der nieder-österreichische Landesausschuß hat in richtiger Würdigung dieser Sachlage bereits mancherlei vorgekehrt, und zwar namentlich zur Zeit, als es sich um die Organisation des Dienstes in den Anstalten „am Steinhof" handelte, was dazu dienlich sein kann, dem System allmählich zum Durchbruche zu verhelfen. Bei der Besetzung von assistenz- und sekundarärztlichen Posten wurde auf spezialistische Kenntnisse besondere Rücksicht genommen, bereits im Dienste stehenden Ärzten wurde durch längere Beurlaubung (bis zu sechs Monaten) und Abkommandierung zu bestimmten Kliniken Gelegenheit gegeben, sich in Spezialfächern weiter auszubilden, als Anstaltsprosektor wurde ein Vertreter der pathologischen Anatomie von anerkannter Bedeutung bestellt, die Einrichtung der Instrumentarien und Laboratorien erfolgte unter Berücksichtigung auch der weitestgehenden spezialistischen Ansprüche.

Auf die spezialistischen Kenntnisse der Anstaltsärzte könnte sich gegebenenfalls auch eine Konsiliarpraxis außerhalb der Anstalt gründen. Namentlich in den Anstalten auf dem flachen Lande könnte es sich leicht ereignen, daß der Ruf eines Anstaltsarztes, etwa als tüchtiger Augenarzt, über die Grenzen der



Anstalt hinausdringt und ihm Berufungen in die Privatpraxis einträgt. Gegen die Ausübung einer solchen Praxis wäre von Seite der Anstalt wohl viel weniger einzuwenden als gegen das Betreiben einer allgemein medizinischen Praxis. Die Konsiliarpraxis stört den Arzt im Anstaltsdienst nicht, kann in der freien Zeit erledigt werden. Sie führt auch nicht so leicht zu Reibereien mit den sich um die Praxis im Rayon mitbewerbenden Ärzten wie die sonstige Praxis aurea. Der Anstalt könnte es nur zur Ehre gereichen, wenn ihre Ärzte so hoch geschätzt werden, daß man sie als Konsiliarii holt.

Aus dem St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranke zu Ellen, Bremen (Direktor: Dr. Delbrück).

Luesnachweis durch Farbenreaktion.

Von *W. de la Motte*, Bremen.

Unter dem obigen Titel veröffentlichte Schürmann-Düsseldorf in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift", 1909, Nr. 14, eine vorläufige Mitteilung. Von dem Gedanken ausgehend, daß bei der Ausführung der syphilitischen Reaktion die Milchsäure vielleicht eine Rolle spielen könnte, nahm er bei seinen Versuchen anfangs das Uffelmannsche Reagens, und als dieses sich als unbrauchbar erwies, ein chemisch ähnlich zusammengesetztes. Bevor er dies Reagens mit dem zu untersuchenden Serum zusammenbrachte, setzte er diesem einen Tropfen Perhydrol Merck hinzu, um die in dem Serum enthaltenen Blutfarbstoffe zu oxydieren resp. zu reduzieren. „Die normale Blutverdünnung", so sagt Schürmann, „zeigt nach Einbringung des Reagens eine leichte Grünfärbung am oberen Rand, die beim Schütteln entweder vollkommen vergeht oder einen leicht grünblauen Farbton hinterläßt. Die Mischung an sich bleibt stets durchsichtig klar. Bei dem syphilitischen Blutserum tritt meistens sofort nach dem Zusammenbringen mit dem Reagens ein schwarzbrauner stumpfer Ton auf. Die Lösung an sich macht beim Schütteln einen dickflüssigen Eindruck."

Schürmann fand, daß die Reaktion stets prompt eintrat, gleichviel ob er inaktiviertes oder frisches aktives Blutserum verwandte, und zwar in ein bis zwei Minuten. Parallelreihen wurden nach Wassermann angesetzt. Die Reaktionen fielen so aus, daß Sera, die nach Wassermann stark ablenkten, auch nach der Schürmannschen Methode einen positiven Ausschlag ergaben, das heißt, daß die Flüssigkeit in ein undurchsichtiges Braun überschlug. Schürmann erwähnt dann noch, daß das syphilitische Blut im Gegensatz zum normalen nach Einbringen des Reagens stets ein starkes Schäumen zeige.

Schürmanns Methode des Luesnachweises durch Farbenreaktion mußte, wenn ihre Richtigkeit sich bestätigte, von großer Bedeutung sein, denn sie hätte es endlich dem praktischen Arzte und speziell dem Psychiater ermöglicht, auf relativ einfache Weise sich von dem Vorhandensein eines syphilitischen resp. metasyphilitischen Krankheitsprozesses sicher zu überzeugen, ohne auf die komplizierte Wassermannsche Serodiagnostik angewiesen zu sein, die natürlich nur in größeren Laboratorien ausgeübt werden kann. Ich habe deshalb die Schürmannschen Versuche einer Nachprobe unterzogen, trotzdem mir die Milchsäurehypothese, von der Schürmann ausgeht, etwas befremdlich erschien.

Meine Versuchsanordnung war folgende: 0,1 ccm des frischen, aktiven, sterilen Serums wurden mit 4 ccm physiologischer Kochsalzlösung verdünnt. Nach Zusatz von einem Tropfen Perhydrol (Merck) wurde eine Minute lang gut umgeschüttelt und dann 0,5 ccm = 10 Tropfen des Reagens hinzugefügt, das folgende Zusammensetzung hatte:

Phenol 0,5
5% Liquor ferri sesquichlorati 0,62
Aqua dest. 34,5.

Zunächst fiel mir auf, daß nach Einbringen des Reagens das syphilitische Blut durchaus nicht im Gegensatz zu dem normalen Serum stets ein starkes Schäumen zeigte. Starkes Schäumen sah ich überhaupt nie, wenn das Reagens hinzugesetzt war, sondern nur gelegentlich schon nach dem Perhydrolzusatz, und zwar ganz inkonstant, bald bei syphilitischem, bald bei normalem Serum. Nachdem dann durch längeres fraktioniertes Zentrifugieren alle Blutfarbstoffe entfernt oder niedergeschlagen waren, beobachtete ich das Schäumen nie mehr.

Erheblich andere Beobachtungen wie Schürmann konnte ich nun nach dem Reagenszusatz machen, und zwar variierten die Resultate sehr, je nachdem das Reagensglas sofort oder nach einigen Sekunden bis zu zwei Minuten umgeschüttelt wurde.



Wurde gleich nach Einbringen des Reagens umgeschüttelt, so zeigte die Mischung ein hell lachsfarbenes Aussehen, war einmal klar, dann wieder zeigte sie leichten Schleier. Dieser trat völlig regellos, bald bei syphilitischem, bald bei nichtsyphilitischem Serum auf. Wurde einige Sekunden gewartet, so bildete sich oben eine klare olivgrüne Zone, die sich allmählich nach unten mit einem schwarzbraunen, undurchsichtigen Ring absetzte; nach dem Umschütteln zeigte dann die Lösung eine bräunlich-violette bis schwarzbraune Farbe, die um so dunkler ausfiel, je länger man mit dem Umschütteln wartete. In bezug auf die Durchsichtigkeit konnte ich keine Konstanz beobachten. Das syphilitische Serum, das bei der ersten Versuchsanordnung entweder ganz klar blieb oder nur sehr geringen Schleier zeigte, war bei einer Wiederholung des Versuchs in derselben Anordnung völlig undurchsichtig. Und das normale Serum, welches das eine Mal im Sinne Schürmanns negativ reagierte, zeigte bald darauf eine sicher positive Reaktion, um dann wieder plötzlich umzuschlagen.

Den leicht grünblauen Farbton, von dem Schürmann spricht, fand ich bei der normalen Blutserumverdünnung nach Einbringung des Reagens und nach Schütteln niemals.

Die scheinbar vorhandene Dickflüssigkeit, die Schürmann bei seinen Versuchen mit syphilitischem Serum fand, hing mit der Schaumbildung nach dem Perhydrolzusatz zusammen. Ich konnte sie auch bei nichtsyphilitischem Serum beobachten und stets ausschalten, wenn das zu untersuchende Serum vorher, wie oben erwähnt, sorgfältig zentrifugiert wurde.

Meine Versuche erstreckten sich auf 25 verschiedene Sera. Diese stammten zu 3/4 von Patienten, die im Blut oder im Liquor cerebrospinalis oder in beiden positive Wassermannsche Reaktion gezeigt hatten, und zwar von klinisch sicheren Paralytikern und Taboparalytikern, von denen zwei deutliche Zeichen noch bestehender Lues aufwiesen. Außerdem verwandte ich das Serum eines Epileptikers mit Initialsklerose und positivem Spirochätenbefund. Die übrigen Sera wurden teils Gesunden entnommen, teils psychisch Kranken (Imbezillitas, Dementia praecox, manisch-depressives Irresein), bei denen allen jedoch eine syphilitische Infektion mit Sicherheit auszuschließen war.

Die Zahl der Sera mag relativ klein erscheinen. Ich bemerke jedoch, daß mit den meisten derselben Versuche in 20- bis 25fach verschiedener Anordnung gemacht worden sind, stets mit wechselndem regellosem, bald positivem, bald negativem Resultat, ganz gleichgültig, welches Serum verwandt wurde.

Herr Oberarzt Dr. Bolte war so liebenswürdig, bei einer Reihe von Versuchen die Resultate genau zu fixieren, ohne Kenntnis davon zu haben, welchen Individuen ich das Serum entnommen hatte. Auf diese Weise wurde eine völlig unvoreingenommene, objektive Prüfung gewährleistet.

Zusammenfassung.

Die von Schürmann vorgeschlagene Luesdiagnose durch Farbenreaktion ist — jedenfalls in ihrer jetzigen Gestalt — nach meinen Erfahrungen theoretisch und praktisch nicht zu verwerten; dieser Versuch, dem praktischen Arzt durch ein einfaches chemisches Experiment den Luesnachweis zu ermöglichen, muß leider als gescheitert betrachtet werden.

Mitteilungen.

— **XV. Versammlung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen** am 23. und 24. Oktober 1909 in Jena.

Programm.

Sonnabend, den 23. Oktober von 8 Uhr abends an: Gesellige Vereinigung im Hotel zum Bären. Sonntag, den 24. Oktober, I. Sitzung: 9 Uhr vormittags in der psychiatrischen Klinik, Oberer Philosophenweg 3 (Frühstück in der Klinik). II. Sitzung: 1 Uhr mittags. Festmahl: 5 Uhr nachmittags im Hotel zum Bären.

Tagesordnung.

I. Referat:

„Die Commotio cerebri." Referenten die Herren Trendelenburg und Windscheid.

II. Bisher angemeldete Vorträge:

1. Anton-Halle: Bericht über 20 Gehirnoperationen.
2. Schulze-Greifswald: Psychiatrie und Reichsversicherungsamt.
3. Binswanger-Jena: Pathologisch-anatomische Demonstration.
4. Quensel-Leipzig: Einige neue Ergebnisse über Verbindungen in Mittelhirn und Regio subthalamica.
5. v. Nießl-Leipzig: Von der Bedeutung der dritten linken Stirnwindung für die Sprache und die sogenannten subkortikalen Aphasien. (Projektionsvortrag.)
6. Müller-Marburg: a) Über sensible Reizerscheinungen bei beginnender multipler Sklerose. b) 1. Querschnittslähmungen durch latente Aortenaneurysmen. 2. Psychische Störungen bei der sog. Polyzythämie.



7. Köster-Leipzig: Klinischer und anatomischer Beitrag zur Atoxylvergiftung.
8. Wittmaack-Jena: Über Erkrankungen des Nervus acusticus.
9. Vogt-Berlin: Die anatomische Gliederung der menschl. Großhirnrinde. (Projektionsvortrag.)
10. Knauer-Berlin: Die Myeloarchitektonik der Brocaschen Region.
11. Stadelmann-Dresden: Über Äquivalente.
12. Müller-Dösen: Die Familienpflege in der Stadt Leipzig.
13. Rehm-Dösen: Depressiver Wahnsinn.
14. Willige-Halle: Über Arsenikbehandlung organischer Nervenkrankheiten.
15. Strohmayer-Jena: Über einen Fall von Tumor cerebri.
16. Seige-Jena: Die Indikanausscheidung in ihren Beziehungen zum Zentralnervensystem.
17. Schütz-Jena: Über Hirnlues (pathologisch-anatomische Demonstration).

Anmeldungen zu der Teilnahme am Festmahl (Gedeck 4 M.) werden bis zum 17. Oktober an den I. Geschäftsführer (Binswanger-Jena) erbeten. Die Herren Teilnehmer werden in der Lage sein, die Abendschnellzüge in der Richtung Leipzig, Gera, Weimar, Berlin und Magdeburg zu benutzen. — Das Hotel zum schwarzen Bären und das Hotel zur Sonne werden als Absteigequartiere empfohlen.

Um Weiterverbreitung dieser Einladung wird gebeten. Gäste sind willkommen!

Die Geschäftsführer:
Binswanger. Schäfer.

— Die diesjährige Versammlung der **Südwestdeutschen Irrenärzte** findet am 6. und 7. November in Heilbronn-Weinsberg statt. Die Geschäftsführer Medizinalrat Dr. Kemmler-Weinsberg und Dr. Max Weil-Stuttgart laden zur Teilnahme ein. Anmeldungen von Vorträgen unter Angabe des Themas baldigst, spätestens bis 16. Oktober an einen der Geschäftsführer.

Personalnachrichten.

(Um geneigte regelmäßige Mitteilung aller Personalveränderungen wird höflichst gebeten. Red.)

— **Giessen.** Prof. Dr. A. Dannemann, Oberarzt an der psychiatrischen Klinik, wurde vom Großherzogl. Ministerium mit der Wahrnehmung der dienstlichen Verrichtungen eines psychiatrischen Hilfsarbeiters in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege beauftragt.

— **Wien-Steinhof.** Prof. Dr. Pilcz wurde zum korrespondierenden Mitglied der Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland ernannt.

— **Modena.** Dr. E. Lugaro wurde zum außerordentlichen Professor der Neurologie und Psychiatrie ernannt.

— **Parma.** Dr. G. Pardo, bisher Privatdozent in Rom, habilitierte sich für Psychiatrie in Parma.

— **Stetten.** San.-Rat Dr. Habermaas, Leiter der Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische, wurde zum ärztlichen Mitglied des Vorstands der Versicherungsanstalt Württemberg ernannt unter Verleihung des Titels und Ranges eines Medizinalrates.

— **Deggendorf.** Med.-Rat Dr. K. Link, ehemaliger Direktor der niederbayerischen Kreis-Heil und Pflegeanstalt Deggendorf, ist gestorben.

— **Uchtspringe.** Dr. Völker nach Galkhausen übergesiedelt.

— **Andernach.** Dr. Langer nach Galkhausen übergesiedelt.

— **Johannisthal.** Dr. Beyerhaus nach Grafenberg übergesiedelt.

— **Erlangen.** Dr. Kleist hat sich für Psychiatrie (Klinik von Prof. Specht) habilitiert. Habilitationsschrift: Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Probevorlesung: Klinisches und anatomisches Bild der Apraxie.

— **Galkhausen.** Dr. Koch nach Wuhlgarten verzogen.

— **Budapest.** Dr. O. Neméth habilitierte sich für gerichtliche Psychiatrie. Privatdozent Dr. A. von Sarbó wurde zum Professor ernannt. — Ministerialrat Dr. Chyzer ist gestorben.

— **Berlin.** Privatdozent der Psychiatrie und I. Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik der Charité, Dr. E. Forster, für die Dauer seiner Tätigkeit in der gegenwärtigen Stelle zum außeretatsmäßigen Mitglied des wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen ernannt.

— **Tübingen.** Dr. A. Busch hat sich habilitiert. Probevorlesung: Die experimentell-psychologische Untersuchung geistiger Störungen.

— **Stötteritz.** Dr. E. R. Tetzner als Hilfsarzt an der Unfallnervenklinik „Hermannhaus“ eingetreten.

— **Lemberg.** Dr. Joh. Mazurkiewicz habilitierte sich für Psychiatrie.

— **Prag.** Privatdozent der Psychiatrie Dr. A. Margulies wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

— **Zwiefalten.** Oberarzt Dr. Koch wurde nach Schussenried versetzt.

— **Schussenried.** Dr. Weinbrenner ist ausgeschieden.

— **Dresden.** Dr. F. Reichardt als Assistenzarzt bei der städtischen Irren-Heil- und Pflegeanstalt eingetreten.

— **Tapiau** (Landespflegeanstalt). Dr. Bogusat scheidet mit dem 1. Oktober d. Js. aus dem hiesigen Anstaltsdienste aus, um als Stadtassistenz- und Polizeiarzt in den Dienst der Stadt Düsseldorf überzutreten. Der prakt. Arzt Pietsch ist zum 1. Okt. d. Js. als Hilfsarzt in den Dienst der Landespflegeanstalt einberufen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 29. 9. Oktober **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Ein Besuch der Familienpflegestationen in Fife, der Anstalten Baugour-Village des Royal Edinburgh Asylum und der Aufnahmsstation in Glasgow für Schottland. Von Dr. Anton Hockauf, Primararzt in Guging. (S. 253.) — Eine Pflegeversicherung? Von Dr. Bresler. (S. 257.)

Ein Besuch der Familienpflegestationen in Fife, der Anstalten Baugour-Village, des Royal Edinburgh Asylum und der Aufnahmsstation in Glasgow für Schottland.

Von Dr. *Anton Hockauf*, Primararzt in Gugging.

Nach der Arbeit das Vergnügen. Also fuhr ich nach dem Besuche der Londoner Anstalten*) zu dreitägigem Aufenthalte nach dem Isle of Wight und hatte hier Gelegenheit, die Naturschönheiten dieses schönen Eilandes bei dem herrlichsten Wetter zu bewundern. Sehr befriedigt von dem Eindrucke des Gesehenen kehrte ich am 3. Juli nachmittags über Cowes-Southampton nach London zurück.

Noch am Abend desselben Tages um 9½ Uhr p. m. fuhr ich mit dem Nachtschnellzuge nach Edinburg, wo ich am 4. Juli um 6½ früh in der Walverley-Station ankam.

Nachdem ich im Royal-Hotel in der Princeß Street Logis genommen und mich vom Reisestaub gereinigt hatte, begab ich mich gleich nach dem Frühstücke in die Office des General Board of Lunacy for Scotland, Rutlandsquare 15, stellte mich dem Sekretär Herrn Spence und den beiden Commissioners in Lunacy vor und brachte mein Anliegen, die familiale und koloniale Irrenfürsorge Schottlands an Ort und Stelle kennen zu lernen, vor.

Meiner Bitte wurde mit seltener Bereitwilligkeit stattgegeben. Der Herr Sekretär entwarf sofort ein Programm, nach dem ich noch am selben Samstag, am 4. Juli, die Kranken in der Familienpflege — outboarding patients — in der Grafschaft Fife in Begleitung eines Beamten, am Sonntag, den 5. Juli, die Anstalt des Edinburger Aufnahmsbezirkes Baugour-Village mit ihrer kolonialen Behandlung der Kranken, am 6. Juli die Aufnahms-Station für Schottland in Glasgow, die Inspektor Dr. Motion leitet, und am 7. Juli das große klinische Spital, das Royal Edinburgh Asylum in Morningside, besuchen sollte.

*) Siehe Nr. 19 dieser Wochenschrift vom 19. Juli ds. Js.

Schottland zählte am 1. Januar 1908 17908 Irrsinnige mit Einschluß der in den Training Scools untergebrachten schwachsinnigen Kinder und der kriminellen Irren in der Krankenabteilung des Gefängnisses von Perth.

Die Zahl der Irren war gegen das Vorjahr um 315 gestiegen.

Zum besseren Verständnisse der Leser muß vorausgeschickt werden, daß man in Schottland unter den in Privatpflege befindlichen Patienten die private Patients genau von den pauper lunatics unterscheidet. Es gelten folgende Vorschriften:

„Alle privaten Patienten (private patients) kommen, sofern sie in Anstalten für Geisteskranke (establishments for the insane) interniert sind, unter die Oberaufsicht der Behörde (Board of Lunacy); und alle armen Patienten (pauper patients), ob sie sich in Anstalten für Geisteskranke (in establishments) oder in Privatpflege (in private dwellings) befinden, werden dem Board of Lunacy intimiert, in das Register aufgenommen und unter Aufsicht (under supervision) gestellt.

Bei Privatpatienten jedoch, welche sich in Privatpflege (in private dwellings) befinden — das sind wahnsinnige Personen, die nicht arm sind (not paupers) und nicht in Anstalten für Geisteskranke (establishments for the insane) untergebracht sind —, wird nicht vom Gesetz gefordert, daß sie alle unter die Oberaufsicht des Board of Lunacy gestellt werden müssen.

Die Umstände, welche eine geisteskranke Person (an insane person), welche nicht arm ist (not a pauper) und nicht in einer Anstalt für Geisteskranke unter-



gebracht ist, unter die Oberaufsicht des Board of Lunacy bringen, sind folgende:

1. Wenn sich die geisteskranke Person in einem Privathause (in a private dwelling) gegen Bezahlung (for profit) befindet. Davon ausgenommen sind Kranke, welche sich in einem solchen Hause nur zeitweilig, auf die Dauer von längstens sechs Monaten befinden, und bezüglich deren von einem registrierten, d. i. behördlich autorisierten praktischen Arzte bestätigt wird, daß sie von einer Krankheit ergriffen sind, die nicht bekräftigt (confirmed) ist.

2. Wenn die geisteskranke Person, welche sich in Privatpflege, ob gegen Bezahlung (for profit) oder nicht, befindet, durch länger als ein Jahr wahnsinnig gewesen ist und zwangsweise im Hause zurückgehalten wird, ferner, wenn bei derselben Zwangsmittel zur Anwendung gelangen (subjected to restraint), oder wenn dieselbe eine Einschränkung ihrer Freiheit erfährt (subjected to coercion) oder wenn dieselbe eine strenge und grausame Behandlung (harsh and cruel treatment) erfährt.

3. Wenn die geisteskranke Person Vermögen (property) besitzt, welches vom Gerichte (Court of Law) unter Kuratel gestellt wurde.

Der Board of Lunacy hat also keine offizielle Kenntnis von einer großen Anzahl geisteskranker Personen, wenn diese in häuslicher Pflege unter der Obhut ihrer Angehörigen leben, weder arme Geisteskranke (paupers) sind, noch sich gegen Bezahlung (for profit) in Privatpflege befinden, noch mit Zwangsmitteln oder gar grausam behandelt werden (nor restrained, nor cruelly used).

Die Zahl der mit Zustimmung (sanction) des Board of Lunacy in Privatpflege untergebrachten privaten Irrsinnigen (private lunatics) belief sich mit 1. Januar 1908 auf 127. Darunter waren 55, deren Mittel durch einen Court of Session oder durch einen Sheriff Court unter Kuratel gestellt wurden. Von sämtlichen in Privatpflege befindlichen privaten Geisteskranken waren 46 in Häusern, die eine spezielle Lizenz für nicht mehr als vier Patienten besaßen. 81 wurden einzeln in Häusern untergebracht, die, da sie nur einen Patienten hatten, keiner Lizenz bedurften.

Alle armen Geisteskranken aber, mögen sie wo immer untergebracht werden, kommen in das Register des Board of Lunacy, und dieser ist über den Modus, wie für dieselben gesorgt wird, und über jedes wichtige Faktum ihrer Krankengeschichte genau informiert.

Die Beziehung zwischen der Zentralbehörde (central authority) und jedem einzelnen der Geisteskranken ist in Schottland eine eigentümliche. In keinem anderen Lande befindet sich der Geisteskranke, dessen Erhaltung aus öffentlichen Mitteln erfolgt, unter direkter Aufsicht der Zentral-Behörde. Die Zahl der mit Zustimmung der Behörde in Privatpflege untergebrachten sog. armen Patienten betrug nach dem letzten Berichte des Board am 1. Januar 1908 2780, d. h. um sechs mehr als im Vorjahre. Von diesen befanden sich 971 bei Verwandten in Pflege und 1809 unter der Obhut von Personen, die nicht mit ihnen verwandt sind, also von Fremden. Von den armen Kranken, die bei Fremden untergebracht waren, befanden sich mehr als ²/₃ in Privathäusern, welche eine spezielle Lizenz zur Aufnahme von zwei, drei oder vier Patienten besitzen. Die übrigen sowie alle Patienten, die sich bei Verwandten in Pflege befinden, sind einzeln in Häusern untergebracht, die, da sie nur einen Patienten beherbergen, keiner speziellen Lizenz bedürfen.

Die Zahl der im Laufe des Jahres auf der Liste der armen (roll of pauper patients) in Privatpflege aufgenommenen Kranken belief sich auf 278, d. i. um 32 weniger als im Vorjahre. Von diesen waren 116, oder um zwölf mehr als im vergangenen Jahre, in Privathäusern (private dwellings) untergebracht, als die Behörde zuerst hiervon verständigt wurde; sie verblieben mit behördlicher Zustimmung in Privatpflege.

162 oder um 44 weniger als im Vorjahre wurden aus den Irrenanstalten in Familienpflege abgegeben.

Von der Gesamtzahl der in Privatpflege befindlichen Patienten wurden 25 im Laufe des Jahres für gesund erklärt, 13 wurden durch Vermittlung ihrer Verwandten und Freunde aus der Armenliste gestrichen. 116 wurden in Irrenanstalten untergebracht, 118 starben.

Die bei nicht verwandten Pflegern (unrelated Guardians) untergebrachten armen Geisteskranken (pauper insanes) sind diejenigen, für die allein die Bezeichnung „boarded out" (außerhalb der Anstalt verpflegt = Familienpflege) eigentlich anzuwenden ist.

Mit wenigen Ausnahmen sind dies Patienten, die früher in Irrenanstalten interniert waren, aus denselben entfernt wurden und, da sie sich noch in einem Stadium der geistigen Erkrankung befanden, zu Fremden als Pfleglinge (boarders) in Privatpflege übergeben wurden.

Es ist nun interessant, wie ein jahrelanger Beobachter der Familienpflege in Schottland, Dr. Charles Macpherson, über die von ihm nach langjährigem Studium der Privatpflege der Geisteskranken gewonnenen Erfahrungen berichtet:



„Eine zehnjährige Erfahrung schärft nur die Kraft der Überzeugung. Ich habe schon wiederholt der Ansicht Ausdruck verliehen, daß das System der Familienpflege — wenn es gut durchgeführt und überwacht wird — die geeignetste, natürlichste und humanste Einrichtung ist, die für Schwachsinnige und eine große Zahl von chronisch wahnsinnigen Personen getroffen werden kann. Sie verschafft ihnen, und zwar mit verhältnismäßig geringen Auslagen, diejenige Stellung im Leben, an die sie in früheren Tagen gewöhnt waren, sie befreit ihr Gemüt von dem Gefühle der Gefangenschaft, welches bei den routinierten Vorschriften auch der bestens geleiteten Anstalten notwendigerweise von selbst hervorgerufen wird; sie hat sich selbst nach langjähriger Erfahrung, soweit sie das öffentliche Wohl betrifft, als eine ganz sichere Vorkehrung erwiesen, und weit entfernt davon, einen schädlichen Einfluß auf das geistige und moralische Interesse der Allgemeinheit im großen und ganzen auszuüben, hat sie in vielen Fällen sichtlich einen erhebenden Einfluß ausgeübt, wie sich dies in der großen und bedeutend verbesserten Achtsamkeit der Guardians (Pfleger) auf Reinlichkeit und Sauberkeit in den Privathäusern zeigt. Die Aufmerksamkeit auf diese Details und die persönliche Reinlichkeit der Patienten und die Sorgfalt in deren Kleidung, wie sie von den Guardians gefordert wird und die sich die Patienten auch bald aneignen, sie spiegelt sich im Haushalte selbst.

Es kann nicht verlangt werden, daß für die in Familienpflege befindlichen Geisteskranken (für die „boarding-out") im allgemeinen jene Vorkehrungen in bezug auf Räumlichkeiten, Möbel oder Ausschmückung getroffen werden, wie sie in den Anstalten für die Unterbringung der Geisteskranken zu finden sind; es herrscht aber in den meisten dieser Häuser trotz alledem jenes Gefühl der Häuslichkeit, das ihnen selbst das bestgeleitetste Institut nicht bieten kann. Die Gesundheit, die häusliche Umgebung, die verschiedenen sich von selbst ergebenden Gelegenheiten zur Betätigung ihrer Energie, gepaart mit dem Gefühle der Freiheit, ruft bei weitaus den meisten Patienten das Gefühl der Zufriedenheit und des Glückes hervor, und diese günstigen Effekte äußern sich in der sichtlichen Verbesserung des körperlichen Befindens und sind sehr häufig in der deutlich wahrnehmbaren Verbesserung ihrer geistigen Symptome zu ersehen."

Wir fuhren am 4. Juli um 1 Uhr von der Walverley Station weg über den herrlichen Firth of Forth nach Fife, wo wir einen Kutschierwagen bestiegen und in vier Stunden den ganzen Rayon abfuhren, überall die Kranken, die Quartiere, die Möbel und die Betten, die Kost revidierten. In einem Kontrollbuche vermerkte der mich begleitende Beamte seine Visite.

Der Eindruck dieser instruktiven Visiten war der beste, den ich empfing.

Es wurden keine speziellen Fälle hervorgesucht, sondern es wurden alle Fälle im Distrikte Fife, soweit es die Zeit gestattete, um sich eine genaue Kenntnis des Familienpflegesystemes seitens eines Fremden, der durchaus kompetent ist, sich darüber eine Meinung zu bilden, zu verschaffen, besichtigt. Das System der Familienpflege, wie es in Schottland seit vierzig Jahren besteht, ist deshalb die geeignetste, natürlichste und humanste Einrichtung, welche für Schwachsinnige und eine große Zahl von chronisch wahnsinnigen Menschen getroffen werden kann, weil diese hier losgelöst von der Anstalt, aber direkt unter der Oberaufsicht des Board of Lunacy, dessen Ärzte und Beamte mindestens alle drei Monate einmal nicht allein den Kranken, sondern auch dessen Kleider, Wäsche, Bettzeug, seine Wohnung, das Besitztum der die Kranken pflegenden Personen genau revidieren, ein ganz sorgenloses Leben führen können.

Die Beamten und Ärzte halten die Pfleger der Kranken eventuell zur Kanalisierung, d. i. Assanierung ihres Besitztumes an, was der Bauer gerne tut, wenn er nur seine Pfleglinge behält. So werden die Regeln der Hygiene praktisch ins Volk getragen, ein gewiß nicht zu unterschätzender Vorteil der familialen Behandlungsmethode.

Alle Kranken, die ich, sei es in der Familie, sei es bei der Arbeit im Freien oder in der Werkstätte, sprach, äußerten laut ihre Zufriedenheit mit ihrer Lage. Dabei sind die Ersparungen ganz enorme, welche bei der familialen Behandlung im Jahre gegenüber den Kosten der Anstaltsbehandlung erzielt werden. Es ist natürlich nur möglich, approximativ diese Summe auszurechnen. Die Überlegung ergibt, mit Rücksicht auf die bezüglichen wöchentlichen Erhaltungskosten in den Asylen, für einen Kranken durchschnittlich 12 s, zu welchen Kosten, um einen richtigen Vergleich zwischen Anstalts- und Privatpflege herzustellen, 3 s 6 d mindestens pro Woche für die Interessen an Gebäuden und Grund etc. hinzuzurechnen sind, oder im Ganzen 15 s 6 d oder 18 K 60 h. In den lizenzierten Krankensälen der Armenhäuser sind 9 s plus 2 s 6 d an Interessen für Gebäude etc. oder im Ganzen 11 s 6 d (= 13 K 80 h), und in Privathäusern (out boarding patients) 8 s (= 9 K 60 h) per Woche und Kranken zu rechnen.



Der mich begleitende Beamte erzählte mir, daß bei den im Bezirke Fife untergebrachten Pfleglingen jährlich 3000 £ oder 72000 Kronen erspart werden.

Die Anstalt Baugour Village ist nach den Prinzipien von Alt-Scherbitz in Sachsen für die koloniale Behandlung der Kranken erbaut und eingerichtet.

In einem mir mit seltener Liebenswürdigkeit zur Verfügung gestellten Privat-Automobil, das am 5. Juli pünktlich um 10 Uhr früh bei meinem Hotel vorfuhr, fuhr ich mit rasender Schnelligkeit auf der gut geschotterten Landstraße in die Anstalt Baugour Village, die ich in 3/4 Stunden erreichte.

Der leitende Arzt Dr. Keay und die beiden Kollegen empfingen mich mit seltener Liebenswürdigkeit.

Der Medical-Superintendent Dr. Keay führte mich selbst durch alle Räumlichkeiten der ausgedehnten Anstalt, stellte mir einzelne besonders interessante Kranke vor und erklärte mir die Behandlungsart der Kranken in seiner Anstalt.

Im Jahre 1902 beschloß die Edinburger Distriktsbehörde, in Baugour fünf Pavillons (villas) zu errichten, welche im Mai 1904 fertiggestellt wurden. Am 19. Mai 1904 wurde Baugour Village vom General Board of Lunacy als Distrikts-Irrenanstalt (District Asylum) für den Edinburger Irrenbezirk approbiert und am 1. Juni 1904 wurden die ersten Patienten, 27 Frauen, aus dem Royal Edinburgh Asylum aufgenommen. Im Jahre 1906 wurde der Ausbau der Anstalt seiner Vollendung zugeführt. Am 3. Oktober desselben Jahres fand die feierliche Eröffnung der Distrikts-Irrenanstalt Baugour-Village durch den Statthalter von Linlithgowshire, Grafen Rosebery, statt.

Die Anstalt vermag heute 843 Patienten (440 M. und 403 F.) zu fassen. Ende Dezember 1907 waren im Ganzen 711 Patienten (331 M. und 380 F.) in Behandlung.

Die einzelnen Anstaltsbaulichkeiten sind auf einem Areal von über 100 ha verteilt. Von der im Süden der Anstalt, ungefähr in der Mitte gelegenen Einfahrt führt die Zufahrtsstraße in nördlicher Richtung an der Portierloge vorbei, zunächst zur Kraftanlage (Power Station), rechts von der Straße gelegen, mit dem Kesselhaus, den Maschinen, Dynamos und Batterien. Hier wird einerseits der im Waschhause, der Bäckerei und der Küche benötigte Dampf erzeugt und durch Tunnels zugeleitet, andererseits wird hier die zur Beleuchtung der Anstalt und zum Antriebe der Maschinen in den angrenzenden Werkstätten etc. erforderliche Elektrizität erzeugt.

Hinter der Kraftanlage macht die Straße eine Biegung nach rechts (Osten) und führt in die im nordöstlichen Teile der Anstalt gelegene medizinische Sektion, deren Mittelpunkt das Administrations-Gebäude mit den als Flügel angebauten Aufnahms-Trakten (Admission Wards) bildet.

Der zentrale Teil dieses Blockes ist das Administrations-Gebäude, welches die erforderlichen Bureaus enthält.

Die Aufnahms-Flügel (Admission Wards) werden von 92 Patienten (46 M. und 46 F.) bewohnt.

Rund um die Aufnahms-Flügel (Admission Wards) des Administrationsgebäudes sind die vier geschlossenen Pavillons (Closed villas) gruppiert, für frische und akute Fälle bestimmt, welche einer speziellen Pflege und Überwachung bedürfen. Sie fassen 144 Patienten (72 M. und 72 F., nämlich zwei derselben je 40 Pat. und zwei derselben je 32 Pat.).

Jeder dieser Pavillons hat ein Erdgeschoß, ein Speisezimmer, zwei Tagräume, ein Badezimmer, einen Waschraum, einen Stiefelputzraum, eine Garderobe, ein Speisezimmer für Pflegerinnen, Magazine etc. Jedes Speisezimmer hat eine geräumige Spül- oder Anrichtküche mit separiertem Zugang. Durch ein Fenster gibt der Traktpfleger die Speisen dem servierenden Pfleger, der sie den Kranken vorsetzt. Diese sitzen an langen Tafeln bis zu acht Personen.

Im ersten Stockwerke sind die Schlafsäle für die Patienten, einige Einzelzimmer (single rooms) und eine Polsterzelle, ferner befindet sich im ersten Stockwerke das Sprech- und Schlafzimmer der Hauptpflegerin (charge nurse).

Die übrigen in diesen geschlossenen Pavillons beschäftigten Pflegerinnen wohnen im Pflegerinnenheim (Nurses' Home).

Bezüglich der Unterbringung der Patienten in diesen geschlossenen Pavillons gegenüber jener in den industriellen oder Arbeiterpavillons ist zu erwähnen: 1. daß die Zahl der Apartments hier eine größere ist, und diese selbst kleiner sind, so daß aus Gründen der besseren Überwachung weniger Patienten in einem Raume vereinigt sind, 2. daß es in den geschlossenen Pavillons aus denselben Gründen Einzelzimmer (single rooms) mit nur einem Bett gibt. Die Speisetische (dining tables) sind in den geschlossenen Pavillons nur für vier Personen eingerichtet und erleichtern sonach die Klassifikation (Kategorisierung) der Patienten bei der Mahlzeit und die spezielle Überwachung derselben, deren sie bedürfen.

Von den Schlafsälen führen zwei Treppen ins Freie, welche bei Feuersgefahr als Notausgänge benutzt werden können. An der Südfront dieser Ge-



bäude sind Veranden errichtet, welche den Kranken bei schlechtem Wetter Schutz bieten sollen.

Diese Gebäude wurden passend und behaglich eingerichtet, in einer Weise, welche Zeugnis gibt, wie sorgfältig in der Pflege und in der Behandlung vorgegangen wird. Bilder, Blumen und andere Gegenstände des Interesses wurden zur Ausschmückung reichlich verwendet.

Ich konnte mit Befriedigung konstatieren, daß jeder Tagraum seinen vollgefüllten Bücherschrank besitzt, daß in jedem Tagraume Billards oder Klaviere vorhanden sind. (Fortsetzung folgt.)

Eine Pflegeversicherung?

Von Dr. *Bresler*.

Die Kosten für die Verpflegung unbemittelter Geisteskranker in Irrenanstalten werden wohl ausnahmslos in allen Kulturländern von dem Staate oder den Gemeinden oder von beiden zusammen getragen. Die Angehörigen werden soweit herangezogen, als die Rücksicht auf die Existenz der Familie es gestattet. In den ärmeren Volksschichten bereitet die Unterbringung eines geisteskranken Familienglieds oft geringere Schwierigkeiten als im Mittelstande. Mit berechtigtem und lobenswertem Empfinden scheut man sich hier, die öffentliche Fürsorge in Anspruch zu nehmen; andererseits würde die Unterbringung eines Geisteskranken in der Privatirrenanstalt bestenfalls wohl ein paar Jahre durchgeführt werden können, aber eine fortlaufende jährliche Ausgabe von z. B. 1500 bis 1800 M. ruiniert den Vermögensstand selbst einer wohlhabenden Mittelstandsfamilie oder schmälert ihn aufs ärgste. Diese Summe gilt in Privatanstalten mit bescheidenem Komfort heutzutage als mittlerer Satz, und man wird ihn nicht hoch finden können.

Es gibt einen Weg zur Abhilfe, das ist die Versicherung. Ich will sie kurz die Pflegeversicherung nennen. Um z. B. einen Betrag von 1800 M. jährlich auszuzahlen, dazu gehört — den jährlichen Versicherungsbeitrag zu 60 M. angenommen — das Zusammenwirken von 30 Familien, wobei vorausgesetzt wird, daß sich je eine Familie für einen Irrenfall versichert, d. h. für den Fall der Anstaltspflegebedürftigkeit eines Familiengliedes. Als normalziffrige Familie dürfte vielleicht eine solche mit sechs Gliedern, einschließlich Eltern, zu gelten haben; bei Familien mit mehr Gliedern müßten die Beiträge proportional normiert werden. Rechnet man die Familie zu durchschnittlich sechs Köpfen, so ergibt dies bei 30 Familien 180 Personen; man nimmt nun an, daß auf 250 bis 300 Seelen eine anstaltspflegebedürftige geisteskranke Person kommt. Die Chancen sind also für die Versicherungsgesellschaft bei dieser schematischen Berechnung äußerst günstig, sie werden es noch mehr, wenn man erwägt, daß nicht bloß Familien, sondern auch alleinstehende Personen sich versichern werden.

Diese Statistik erstreckt sich zudem auf die gesamte Bevölkerung. Man darf aber annehmen, daß im Mittelstande die Geisteskranken nicht einmal so häufig vorkommen, d. h. weniger häufig als 1:300, dagegen in den untersten Volksschichten häufiger als 1:300.

An die versicherungstechnischen Einzelheiten will ich mich nicht heranwagen. Einer gut funktionierenden Lebens- und Rentenversicherung dürfte die Beschaffung der statistischen und mathematischen Unterlagen ein Leichtes sein. Manches liegt nahe, wie: Ausschließung der Alkohol-Deliranten und der durch Alkohol, Morphium u. dergl. verursachten Geistesstörungen, Einführung von besonderen Gefahrenklassen bei Familien oder Personen mit erheblicher erblicher Belastung, Möglichkeit der Versicherung für verschiedenartige, auch niedrigere Verpflegungsklassen, z. B. für 600 bis 1000 M. jährlich, Kautelen gegen Mißbrauch der Versicherung, z. B. bei nicht vorhandener Anstaltspflegebedürftigkeit eines Geisteskranken, der einer versicherten Familie angehört. Auch müßte die Möglichkeit vorgesehen werden, daß auf Kosten der Versicherungsgesellschaft an Stelle der Anstaltspflege, wo sie nicht unbedingt erforderlich oder nicht zuträglich ist, eine geordnete anderweitige Pflege in eigener oder fremder Familie besorgt werden kann, was fast ausnahmslos auch für die Finanzen der Versicherungsgesellschaften von Vorteil sein wird.

Mit Vorstehendem wollte ich zu einer aussichts- und segensreichen Einrichtung nur die Anregung gegeben haben. Sie dürfte, wenn nicht selbständig, so doch als Zusatz zur Rentenversicherung (ähnlich wie die Kriegsversicherung bei der Lebensversicherung) ganz gewiß durchführbar sein.

Bei obigem Vorschlag*) wird zwar nicht voraus-

*) Derselbe ist inzwischen bereits von der Direktion einer Versicherungsgesellschaft geprüft worden. Sie hat sich dahin geäußert: Eine solche Versicherungsart könne aus verschiedenen



gesetzt, daß Versicherte, die geistig erkranken, ausschließlich in Privatirrenanstalten zu verpflegen sind. Es gibt ja in einigen staatlichen und kommunalen Irrenanstalten streng abgesonderte Abteilungen für Patienten der gebildeten Stände, doch sind es ihrer viel zu wenig, und in der Hauptsache kommen eben die Privatanstalten in Betracht.

Daß ein Bedürfnis in dieser Richtung vorhanden ist, kommt, obgleich längst bekannt, in einem Artikel des „Berliner Tageblattes" (General-Anzeiger für die Abonnenten des „Berliner Tageblattes" und der „Berliner Morgenzeitung" Nr. 210) am 8. September 1909, „Gesellschaftliche Klassifizierung im Irrenhause" betitelt, in allerdings etwas krasser Weise zum Ausdruck. Mit Bezug auf die Berliner städtischen Irrenanstalten heißt es dort:

„. . . In Wirklichkeit wird es gerade in den städtischen Irrenanstalten seit Jahren als ein schwerer Mißstand empfunden, daß Patienten, die bloß nervenkrank (?) und keineswegs ausgesprochen geisteskrank sind, monatelang, mitunter jahrelang mit schweren Geisteskranken und sehr oft mit den bekannten unlauteren Elementen des modernen Irrenhauses dieselben Räume teilen müssen. Diese Empfindung haben allerdings kaum die Irrenärzte (?), desto mehr die betreffenden Patienten selbst. . . . . . höhere Beamte und ehemalige Offiziere, Akademiker jeder Gattung und andere gebildete Leute, die nach gewisser Zeit wieder in die menschliche Gesellschaft zurückkehren, müssen hier im engsten Verkehr mit Zuhältern und Verbrechern leben. Dafür könnten Hunderte von Beispielen angeführt werden. Der Irrenarzt, der es für eine seiner vornehmsten Heilaufgaben halten soll, streng zu individualisieren, betrachtet alle seine Schutzbefohlenen als „Geisteskranke" im weitesten Sinne des Wortes und nimmt wenig oder gar keine Rücksicht (?) auf die gesellschaftliche Stellung solcher Internierten. Was ehemalige Anstaltspatienten, die längst geheilt sind und wieder geachtet dastehen, über diese Erlebnisse mit unlauteren, total verrohten und zum Teil verbrecherischen Elementen erzählen, ist haarsträubend. Es wird auch von den Irrenärzten gar nicht bestritten, aber sie entschuldigen sich (?) mit dem seit Jahren chronischen Platzmangel in den städtischen Irrenanstalten. Hier kann nur eine gründliche Änderung helfen. Man wird beispielsweise nicht verlangen, daß jener unglückliche Sanitätsrat in Dalldorf, der von seinem unheilbaren Zustande gar kein Bewußtsein hat, bloß wegen seines Standes auf ein „Herrenhaus" gelegt wird. Aber gleichgeartete geistige Elemente, die in kürzerer Zeit eine Besserung oder völlige Heilung ihres nervösen Zustandes erhoffen lassen, gehören unbedingt zusammen und müssen vor dem Zwangsverkehr mit dem „Irrenhausmob" geschützt werden. Sonst besteht die Gefahr, daß die Krankheit gerade durch die Belästigungen der rohen und verbrecherisch veranlagten, vielleicht sogar sehr geistesklaren Irrenhauspatienten sich nicht bessert, sondern stetig verschlimmert. In dieser räumlichen Trennung soll aber auch der einzige Vorzug liegen. Eine weitere Sonderstellung wird gar nicht erstrebt."

Gründen nicht rationell betrieben werden. Denn es würden naturgemäß in allererster Linie diejenigen erwerbsfähigen Männer eine solche Versicherung für ihre Familie nehmen, welche Ursache zu der Befürchtung haben, daß über kurz oder lang ein Fall von Pflegebedürftigkeit in ihrem Kreise eintreten wird. Versicherungstechnisch würde für diese äußerst ungünstigen Risiken eine ausreichende Prämie nicht berechnet werden können. Andere Personen, in deren Familienkreise eine Geisteskrankheit nicht zu befürchten sei, würden die Zumutung, eine solche Versicherung zu nehmen, gewissermaßen als beleidigend empfinden. Der Versichertenbestand würde noch weit mehr gefährdete Risiken enthalten als die gewöhnliche Todesfallversicherung. Versicherte Rentner würden aber an einer solchen Versicherung kein Interesse haben. — Ich erachte diese Ausführungen natürlich für kompetent, aber der Hinblick auf Existenz und Wirken des Nürnberger Vereins (siehe weiter unten), dessen Statuten der obigen Versicherungsgesellschaft zur Orientierung mitgeteilt wurden, macht es mir schwer, meinen Vorschlag ganz ad acta zu legen. Denn jene Gegengründe könnten auch gegen einen solchen Verein sprechen, und doch floriert der Nürnberger Verein. Man beachte besonders die vorsichtigen Fragen im Aufnahmsantrag (siehe den Anhang). Auch enthalten die Statuten wichtige vorsorgliche Einschränkungen.

Gewiß mag in diesem Artikel manches zu stark aufgetragen sein, vor allem haben die — solchen Übelstand sehr wohl empfindenden — Irrenärzte nicht den geringsten Anlaß, wegen des Platzmangels in den Irrenanstalten und dadurch erschwerter oder unmöglich gemachter Individualisierung sich zu entschuldigen, denn die Schuld hieran haben nicht sie. Aber das muß zugegeben werden, daß in der Tat die begehrte räumliche Trennung nicht überall genügend durchgeführt ist, und daß der Wunsch der Angehörigen, den Kranken lieber in einer Privatirrenanstalt unterzubringen, seine Berechtigung hat.

Sowohl in dem Falle, daß unsere großen Versicherungsgesellschaften sich des obigen Vorschlags annehmen, als im Falle der Nichtverwirklichung dürfte es sich empfehlen, in größeren Städten und Landesbezirken Vereine zu gründen wie der noch zu wenig bekannte und doch so überaus segensreiche „Verein zur Unterstützung Geisteserkrankter" in Nürnberg. Dieser Verein „gewährt", wie es im Prospekt heißt, „nicht Unterstützungen an Geisteskranke im allgemeinen, sondern bezweckt, ausschließlich seinen Mitgliedern die materiellen Verpflichtungen, welche den Fall einer Geisteserkrankung für den Betroffenen oder dessen Familie im Gefolge hat, abzunehmen. Die in solchem Falle erwachsenden Kosten drohen die Mittel einer wenig begüterten Familie in kurzer Zeit zu erschöpfen; doppelt hart aber werden sie empfunden, wenn der Ernährer der Familie selbst erkrankt. Es ist wohl klar, daß die Zugehörigkeit zum Verein den an und für sich schweren Entschluß, ein Familienmitglied in einer Irrenanstalt unterzubringen, wesentlich erleichtert, weil mit dem Tage des Eintritts in die Anstalt auch die Verpflichtung des Vereins beginnt. Nun lehrt die Erfahrung, daß, je früher in den Fällen der Heilbarkeit die geordnete Anstaltspflege in Anspruch genommen wird, auch um so früher die Genesung erfolgt.

Mit dem geringen Aufwand von zwei Mark für das Jahr erhält jedes Mitglied das Recht, im Falle



Verein zur Unterstützung Geisteserkrankter in Nürnberg.

(Eingetragener Verein.)

Grundbuch Nr. .... Aufgenommen am ....

Aufnahms-Antrag.

Ich/Wir Unterzeichnete.... beantrage.... hiermit die Aufnahme in den Verein zur Unterstützung Geisteserkrankter auf Grund der mir/uns bekannten Satzungen. Zugleich ermächtige.... ich/wir die Ärzte, welche mich/uns und meine/unsere Kinder behandelt haben und künftig noch behandeln werden, dem Vereine jederzeit die gewünschte Auskunft zu geben.

	Vor- und Zuname des/der Anmeldenden (Bei mehreren Vornamen wolle nur der Rufname eingesetzt werden.)	Geburts- Tag	Geburts- Monat	Geburts- Jahr	Geburtsort	Stand	Straße und Haus-Nr.	Name, Stand und Wohnort der Eltern (Angaben nötig, auch wenn Eltern tot sind)
Herr	....	....	....	....	....	....	....	....
Frau	....	....	....	....	....	....	....	....
geborene	....	....	....	....	....			

Jede einzelne Frage muß genau und vollständig beantwortet werden. Striche an Stelle von Antworten sind unzulässig.

Fragen:	Antworten:
Sind mit einer Geisteskrankheit z. B. Melancholie mit Neigung zu Selbstmord, Verfolgungswahn, Gehirnerweichung, Tobsucht, Schwachsinn und Blödsinn oder mit sonstigen ernsten Störungen des Nervensystems (z. B. Epilepsie, Hysterie, schwerer Nervosität, Trunksucht, Zwangsvorstellungen, Rückenmarkserkrankungen) behaftet oder behaftet gewesen, wann und mit welchen? 1. der Antragsteller	
2. der Ehegatte (Diese Angabe ist auch bei verstorbenen Ehegatten zu machen)	
3. eines der Nachkommen des Antragstellers	
4 eines von den Eltern und Großeltern des Antragstellers bezw. des Ehegatten (Angabe nötig, auch wenn derselbe bereits tot ist)	
5. eines von den Geschwistern a) des Antragstellers, b) des Ehegatten	
6. eines von den sonstigen Verwandten des Antragstellers, bezw. des Ehegatten	
a) Welche Aerzte haben Sie in den oben angeführten Fällen behandelt und wann? b) Wer ist gegenwärtig Ihr Hausarzt?	
Für welche Verpflegungsklasse wollen Sie bezahlen? Es zahlen Einzelpersonen für II. Kl. 5 M., für III. Kl. 2 M. Es zahlen Familien für II. Kl. 10 M., für III. Kl. 4 M. Witwer mit Kindern oder Witwen mit Kindern wollen ausdrücklich angeben, ob sie für sich allein oder mit ihren Kindern aufgenommen zu werden wünschen; in letzterem Falle muß für die betreffende Klasse der doppelte Beitrag entrichtet werden.	

Der/Die Unterzeichnete...... bestätig..... hiermit durch eigenhändige Unterschrift die Richtigkeit aller vorstehenden Angaben und die Empfangnahme eines Exemplars der Vereinssatzungen.

Nürnberg, den .... 190......

Herr *) ....

Frau..

*) Falls beide Ehegatten beizutreten gedenken, haben beide auch zu unterschreiben.

einer geistigen Erkrankung in einer Irrenanstalt auf Kosten des Vereins verpflegt zu werden, und zwar mit demjenigen Betrage, welcher für einen Kranken der dritten Verpflegungsklasse in der Kreisirrenanstalt Erlangen zu entrichten ist; auch die Kleideraversalbeiträge werden in dieser Klasse vom Verein bestritten. Sind Ehemann und Ehefrau Mitglieder des Vereins, so zahlen sie zweimal zwei ist gleich vier Mark Jahresbeitrag und erwerben dadurch nicht bloß für sich selber, sondern auch für ihre sämtlichen Kinder bis zum 21. Lebensjahre Anspruch auf kostenlose Verpflegung. Durch die Bezahlung eines Jahresbeitrages von fünf bezw. zehn Mark (anstatt zwei und vier Mark) erwirbt ein Mitglied den Anspruch auf Verpflegung in zweiter Klasse der Irrenanstalt. Gegen Entrichtung eines Zuschlages von zwei Mark in dritter Klasse und fünf Mark in zweiter Klasse übernimmt der Verein die Verpflichtung, für Kinder, welche vor Erreichung der Volljährigkeit oder Selbständigkeit geistig erkrankten und in einer Irrenanstalt untergebracht wurden, die Verpflegungskosten über das 21. Lebensjahr fortzugewähren. Der Übertritt von der einen in die andere Verpflegungsklasse ist jederzeit mit Genehmigung der Vorstandschaft zulässig.

Ferner hat die Verwaltung aus freiwilligen Beiträgen, Schenkungen und Vermächtnissen einen Wohltätigkeitsfonds gesammelt, aus welchem den Familien geisteskranker Mitglieder noch besondere Hilfe gewährt werden kann."

Obwohl der Verein erst seit dem Jahre 1885 besteht, beträgt die Mitgliederzahl bereits über 9000, wovon sich etwa 7000 für eine Verpflegung in dritter Klasse und ungefähr 2000 für eine Verpfleguug in zweiter Klasse erklärt haben. Das Vermögen des Vereins betrug 1908 rund **250000 M.** Zurzeit werden auf Kosten des Vereins 29 kranke Mitglieder verpflegt. Unter diesen günstigen Verhältnissen ist es gelungen, seit Bestehen des Vereins ein stattliches Kapital anzusammeln; für Verpflegungskosten hat der Verein seit Bestehen über **140000 Mark** an die Irrenanstalten bezahlt. Ein solcher beispielsweise über die Provinz Schlesien ausgebreiteter Verein würde also bei proportionalem Umfang der Vereinstätigkeit in gleichem Zeitraum ca. **2000000 Mark** an die Provinzialverwaltung gezahlt haben!

Der Vorstand dieses Vereins sagt weiter sehr richtig:

„In Anbetracht der Gemeinnützigkeit des Vereins sollte niemand säumen, demselben beizutreten. Wohl den Mitgliedern, welche die Leistungen des Vereins nicht beanspruchen müssen! Zur Freude darüber gesellt sich das erhebende Bewußtsein, andern Familien durch den Jahresbeitrag genützt zu haben. Mögen diese Darlegungen insbesondere auch die mit Glücksgütern gesegneten, wohltätig gesinnten Mitbürger, welche dem Verein noch ferne stehen, zum Beitritt veranlassen!"

Das möchte auch ich wünschen denjenigen Vereinen, welche, wie es dringend nottut und wie zu hoffen ist, nach dem Vorbild des Nürnberger Vereins entstehen werden.

Zweifellos wird bei richtiger Organisation, genügender Mitgliederzahl und energischer Geschäftsleitung ein solcher Verein eine immerhin beachtenswerte Verminderung der steuermäßig aufzubringenden Mittel der Irrenpflege als Nebenerfolg seiner Tätigkeit aufweisen können. Insofern dürften gewiß auch die staatlichen und kommunalen Behörden an der Gründung und Förderung derartiger Vereine ein Interesse nehmen, und Kollegen, die Anlage und Neigung zu sozialpsychiatrischer Betätigung in sich verspüren, dürfte hier eine neue, dankbare Aufgabe, ein erstrebenswertes Ziel winken.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 30. 16. Oktober **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

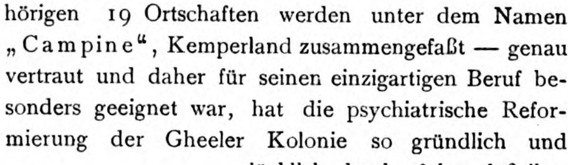
Inhalt: Artikel: Ehren-Direktor Dr. Peeters-Gheel. Von Prof. Dir. Dr. med. K. Alt, Uchtspringe. (S. 261.) — Der wissenschaftliche Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten. Eine Umfrage. (S. 263.) — Ausstellung der Fürsorge für Gemüts-, Geistes- und Nervenkranke zu Berlin, Oktober 1910. (S. 266.) — Ein Besuch der Familienpflegestationen in Fife, der Anstalten Baugour-Village des Royal Edinburgh Asylum und der Aufnahmsstation in Glasgow für Schottland. Von Dr. Anton Hockauf, Primararzt in Gugging. (Fortsetzung.) (S. 268.) — Mitteilungen (S. 271): Die Behandlung der progressiven allgemeinen Paralyse mittels Nuklein-Injektionen. — Referate (S. 271.) Personalnachrichten (S. 272).

Ehren-Direktor Dr. Peeters-Gheel.

Aus Gheel kommt die Nachricht, daß Herr Direktor Peeters seinen langgehegten Entschluß nunmehr verwirklicht und die Leitung der von ihm neuzeitlich umgestalteten familialen Kolonie niedergelegt hat. Durch kgl. Dekret vom 10. September d. J. ist Herrn Direktor Peeters der erbetene Abschied bewilligt und der Titel eines Ehrendirektors der familialen Kolonie verliehen worden. Ein volles Menschenalter hat Dr. Peeters die höchst verantwortliche Stellung bekleidet und eine segensreiche Wirkung voll reichster Erfolge entfaltet, wie dies nur wenig Menschen beschieden ist.



Als Dr. Peeters im Jahre 1876 als Nachfolger des berühmten Dr. Bulkens, dem er schon eine Reihe von Jahren — ich glaube seit 1867 — als Assistent zur Seite gestanden, zum Direktor berufen wurde, bestand unter den Psychiatern der Kulturwelt ein lebhafter Widerstreit der Meinungen über Bedeutung und wahren Wert der Familienpflege. Den einen erschien Gheel und seine Familienpflege als das „Paradies der Wahnsinnigen", die anderen erachteten als das beste, „daß die Kolonie, wenn nicht umgreifende Reformen vorgenommen würden, von dem Erdboden verschwinden möge"*). Dr. Peeters, der als geborener Gheelaner mit den Bräuchen und Eigenschaften der Kemperländer — Gheel und die zugehörigen 19 Ortschaften werden unter dem Namen „Campine", Kemperland zusammengefaßt — genau vertraut und daher für seinen einzigartigen Beruf besonders geeignet war, hat die psychiatrische Reformierung der Gheeler Kolonie so gründlich und glücklich durchgeführt, daß ihre Gegner verstummten und vielfach zu begeisterten Anhängern wurden, daß sie in der ganzen psychiatrischen Welt bewundert und zum Vorbild genommen wurde.



Anfangs der 70er Jahre betrug die Zahl der Familienpfleglinge zu Gheel kaum ein Drittel des heutigen Bestandes von rund 2000. Auf Schritt und Tritt empfing der kritische Besucher dort Eindrücke, die ihn gegen das System dieser sogenannten freiesten Verpflegungsform einnehmen mußten. Es gehörte nicht gerade zu den Seltenheiten, daß mit Ketten beladene Kranksinnige von ihren Pflegeeltern zu der Dymphnakirche geführt wurden, um durch den Segensspruch des Priesters von ihren Leiden Befreiung zu suchen. In den Seitengäßchen von Gheel und mehr noch in der verschwiegenen Winkeloomer Heide schmachteten Dutzende von Kranken tagaus tagein in festverrammelten „Kamerkens" im „camisol de force". Mit eisernem Besen fegte der junge Direktor, unbeirrt durch mancherlei Anfechtungen, den durch Jahrhunderte eingerosteten Unrat, verbannte jegliches Zwangsmittel und wußte die Mithilfe der

*) Siehe: Alt, das heutige Gheel. Diese Wochenschrift, Jahrg. 1899, Nr. 1—4.

Geistlichkeit auf die einer geordneten Seelsorge einzuschränken. In bezug auf Wohnung und Beköstigung, Anleitung und Beschäftigung der Pfleglinge wurden genaue Vorschriften erlassen, deren Befolgung durch geschultes Oberpflegepersonal und einen aus sechs Berufspsychiatern bestehenden ärztlichen Stab sorgfältig überwacht wurde. Das ehemals sehr einflußreiche, der Vettermichelei nicht immer unzugängliche, aus Laien bestehende örtliche „comité permanent" wurde mehr zu einem traditionellen Dekorationsstück, die ganze familiale Einrichtung erhielt ein neuzeitliches psychiatrisches Gepräge. Der von Gegnern der psychiatrischen Umwertung prophezeite Rückgang der Gheeler Familienpflege erfolgte nicht, die mündlichen und schriftlichen Anleitungen des zielbewußten Direktors über „de Plichten der Kostgevers" fanden in deren Herzen freudigen Anklang, und erst mit dem durch die Ärzte angeregten Erwachen einer richtigen Krankheitserkenntnis sind die Gheelaner zu rechten, berufsfrohen Krankenpflegern geworden.

Die Zahl der Familienpfleglinge, namentlich auch der wohlhabenderen Pensionäre wuchs von Jahr zu Jahr; unangenehme Zufälle, die vordem als selbstverständlich angesehen, ereigneten sich kaum mehr, die Widersacher im eigenen Lande verstummten angesichts der unverhohlenen Anerkennung ausländischer, berufener Besucher. In Gheel und in der ganzen Campine, deren landwirtschaftliche Förderung Direktor Peeters erfolgreich anstrebte, hob sich zusehends der Wohlstand, so daß dieser weniger durch natürliche Grenzen als durch Stammeseigentümlichkeit seiner Bewohner abgeschlossene Landstrich vorteilhaft gegen die Nachbarschaft abstich. Es dürfte überhaupt wenig Gegenden mit ausschließlich kleinbäuerlichen Besitzern geben, die wirtschaftlich und gesundheitlich so auf der Höhe sind wie die Campine. Auch der belgische Staat, der Besitzer der Gheeler Kolonie, hat allen Grund, der wirtschaftlichen Begabung und Wirksamkeit des Herrn Direktor Peeters dankbar zu sein, erfordert doch die nach seinen Plänen umgewandelte und geleitete größte belgische Wohlfahrts-Staatseinrichtung mit rund 2000 Pfleglingen keinerlei Zuschuß, zeitigt vielmehr ganz ansehnlichen Überschuß.

Das glänzende Aufblühen der Gheeler Kolonie ermutigte die Provinzialverwaltung von Lüttich, auch in dem französischen Sprachgebiet Belgiens — das Kemperland ist vlämisch — eine ähnliche Einrichtung ins Leben zu rufen. Die nach Gheeler Muster und den Grundsätzen von Dr. Peeters im Jahre 1884 zu Lierneux in den Ardennen neugeschaffene familiale Kolonie mit rund 500 Familienpfleglingen entfaltet ebenfalls eine segensreiche Tätigkeit und liefert den vollgültigen Beweis, daß diese Verpflegungsform nicht einer durch Jahrhunderte dafür vorgebildeten Bevölkerung bedarf. Auch außerhalb Belgiens, man kann wohl sagen, in allen Kulturstaaten hat das moderne Gheel vorbildlich gewirkt. Wir alle, denen es vergönnt war, an der zeitgemäßen Ausgestaltung und rascheren Ausbreitung der Familienpflege erfolgreich mitzuarbeiten, sind bei Direktor Peeters in die Schule gegangen und haben aus seinen Schriften und Worten rege Anspornung und reiche Belehrung gewonnen. Ich habe wohl am häufigsten und längsten von den ausländischen Psychiatern in Gheel geweilt und bei seinem bewunderungswürdigen Reformator reichlich berufliche Förderung und treue Freundschaft gefunden. Bei manchem gemeinsamen Gang durch die abgelegensten Gehöfte der Winkeloomer Heide war mir vergönnt, tiefen Einblick zu tun in die unerschöpfliche Berufsfreudigkeit und wahre Menschenliebe dieses gottbegnadeten Mannes, dessen schöpferisches Können ihn unter die größten der praktischen Psychiater aller Zeiten einreiht.

Wer mit Leib und Seele einem Lebenswerke dient, das in der Hauptsache eigenste Schöpfung ist, gibt oft unwillkürlich dem Gedanken Raum, in wessen Hand es wohl am besten behütet sei. Auf unseren gemeinsamen Wanderungen in der Campine fühlte ich manchmal, wie dieser Gedanke meinen väterlichen Freund lebhaft bewegte. Wenn die Rede auf seinen treuen Gehilfen und Kollegen Dr. Meeus kam, den er mir bei eigener Behinderung mit Vorliebe als Begleiter zugesellte, wenn ich dessen verständnisvolles, warmherziges Aufgehen in den humanen Ideen seines Meisters anerkennend besprach, da war mir so, als ob Dr. Peeters schon eine bestimmte Meinung darüber habe, in wessen Hand das Geschick der Gheeler Kolonie am sichersten gewährleistet sei. Zu meiner Freude ersehe ich, daß Dr. Peeters langjähriger treuer Mitarbeiter Herr Dr. Meeus, dessen Befähigung jedem gründlichen Kenner Gheels wohlbekannt ist, zum Direktor der altehrwürdigen familialen Kolonie berufen worden ist. Man kann zu dieser Berufung der Gheeler Familienpflege aufrichtigst gratulieren. Dem hochverdienten Ehren-Direktor von Gheel, dessen Verdienste um Schaffung der internationalen Kongresse der Fürsorge für Geisteskranke jedem Psychiater bekannt sind, wünschen alle seine deutschen Freunde und Verehrer einen sonnigen Lebensabend und rufen ihm vorab ein herzliches Willkommen zu für den Berliner internationalen Kongreß im Oktober 1910! Konrad Alt.



Der wissenschaftliche Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten.

Die unter obigem Titel in Nr. 25 gebrachten Ausführungen habe ich zum Gegenstand einer Umfrage in unserem Fachkreise gemacht. Die eingegangenen, zur Veröffentlichung bestimmten Antworten werden nachstehend abgedruckt. Den Herren Einsendern sage ich für das freundliche Interesse, welches sie meiner Umfrage erwiesen, und für die objektive Prüfung, welcher sie den Vorschlag unterworfen haben, besten Dank. Dr. Bresler.

1. Geh. Sanitätsrat Direktor Dr. Peretti-Grafenberg bei Düsseldorf.

Dem Gedankengang Breslers, daß außer an den Kliniken auch an vielen Provinzial-, Städtischen und Privat-Anstalten wissenschaftlich gearbeitet wird und daß die geringere oder größere Zahl der Publikationen nicht als Maßstab für das wissenschaftliche Streben in einer Anstalt angesehen werden kann, daß aber die vorhandenen Einrichtungen ein Arbeiten auf den jetzt in den Vordergrund gerückten Forschungsgebieten der Stoffwechseluntersuchungen, der Serologie, der Psychophysik usw. nicht ermöglichen, muß man unbedingt zustimmen. Die starke Arbeitsbelastung des vielfach nicht vollständigen Ärztepersonals in den überfüllten Anstalten hemmt zudem die zeitraubende Tätigkeit und die Arbeitslust auf diesen Gebieten, und so bleiben bedauerlicherweise viele Schätze ungehoben. Der Vorschlag einer wissenschaftlichen Zentrale an einer Anstalt eines Verwaltungsbezirkes, der seine Kranken in mehreren Anstalten verpflegt, verdient deshalb Erwägung. Man könnte einwenden, daß die Einschickung pathologischer Objekte usw. mehr von dem guten Willen der Kollegen an den anderen Anstalten abhängen würde, als der Zentrale lieb wäre, und daß die Verteilung der Kranken an die einzelnen Anstalten nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten schwerlich durchzuführen sein würde. Aber selbst wenn die „Zentrale" vorwiegend Laboratorium für die eigene Anstalt wäre, würde sie ihrem Zweck dienen können. Fast in allen Verwaltungsbezirken entsteht jetzt eine der von uns sonst nicht als Ideal anzusehenden Riesenanstalten. Eine solche Anstalt mit 1000 oder gar 2000 Kranken bietet der wissenschaftlichen Arbeit genug, um zwei Ärzte (einen Oberarzt, einen Assistenzarzt) vollauf beschäftigen zu können, und die Verwaltung hätte für ihren ganzen Bezirk Berater in Bakteriologie und Serologie.

Die Hauptschwierigkeit für die Verwirklichung der Breslerschen Idee liegt wie bei allem in der Geldfrage. Denn ob wir zurzeit schon auch in den Verwaltungsbehörden und in den ausschlaggebenden Körperschaften „die schwärzesten Pessimistenseelen dem Glauben an die Zukunft der Psychiatrie gewinnen" können, d. h. dem Glauben an die vermehrte Heilung und Verhütung der Geisteskrankheiten und damit an Ersparnisse in dem Irrenwesen, erscheint mir fraglich. Von einer Aufklärung durch die Jahresberichte verspreche ich mir nichts, sie werden von den Provinziallandtags- usw. Abgeordneten kaum, von dem größeren Publikum gar nicht gelesen.

Anzustreben wäre fürs erste, daß bei der Neuerrichtung von großen Anstalten ein mit modernsten Einrichtungen ausgestattetes Laboratorium auf das Programm gesetzt wird. Denn wenn es sich um Bewilligung einer Millionensumme handelt, wird die von Bresler ausgerechnete Summe von 400000 M. leichter zu erzielen sein als bei einem Antrag auf Errichtung einer wissenschaftlichen Zentrale an einer schon bestehenden Anstalt.

Außerdem dürfen wir aber nicht abgehen von der Forderung unserer Kommission zur Wahrung der Standesinteressen, daß an allen größeren Anstalten ein eigener pathologischer Anatom angestellt werden soll.

2. Medizinalrat Direktor Dr. Kreuser-Winnental.

Aufgefordert, zu den Ausführungen in Nr. 25 dieser Wochenschrift über den wissenschaftlichen Betrieb an den öffentlichen Irrenanstalten Stellung zu nehmen, kann ich mich für den Plan, besondere Zentralen zu diesem Zwecke in den einzelnen Verwaltungsbezirken zu errichten, nicht erwärmen; recht wenig Gegenliebe dürfte er bei den maßgeblichen Verwaltungsbehörden finden. Um so entschiedener trete ich Breslers Mahnung bei, daß die wissenschaftliche Forschung nicht nur Aufgabe der an den Kliniken tätigen Irrenärzte sein soll. Mit berechtigter Wehmut gedenkt er der Zeiten, zu denen freudige wissenschaftliche Arbeit an den öffentlichen Irrenanstalten die Grundlagen unserer heutigen klinischen Psychiatrie geschaffen hat. Nicht alles, was später darauf aufgebaut worden ist, wird ihnen an dauernder Bedeutung gleichkommen!

Daß mit der allgemeinen Einführung eines psychiatrischen Unterrichts an unseren Hochschulen die Führung in der Forscherarbeit an die Kliniken übergegangen ist, entspricht nur natürlicher Entwicklung, einer gewissen Teilung theoretischer und praktischer Arbeit. Letztere müßte aber auch an den öffentlichen Anstalten ihren Wert wie ihren Reiz verlieren, wenn sie sich loslösen wollte von aller Forschertätigkeit



wenn diese ganz den Kliniken überlassen bliebe. Auf keinem Gebiete wäre das verfehlter als auf dem psychiatrischen. Von niemand wird das nachdrücklicher betont als von unseren klinischen Lehrern selbst. Nur allzu gut empfinden sie, wie die beschränkte Zahl ihrer Kranken und die beschränkte Beobachtungszeit ihnen ein vollständiges Bild vom Verlauf psychopathologischer Krankheitsprozesse nicht gewähren, wie notwendig dazu die eingehende klinische Erforschung auch der Endzustände geistiger Störungen ist. Alle Untersuchungsmethoden, die in der Klinik sich bewährt haben, müssen auch in den öffentlichen Irrenanstalten zur Anwendung kommen; abschließende anatomische Studien dürfen hier nicht vernachlässigt werden. So ergibt sich eine Fülle von wissenschaftlicher Arbeit auf den verschiedensten Forschungsgebieten, die sich die Psychiatrie dienstbar machen muß. Diese Arbeit muß in unmittelbarem Anschluß bleiben an den praktischen Dienst, wenn sie für diesen Früchte tragen soll. Sie läßt sich leisten bei genügender ärztlicher Versorgung unserer Anstalten, bei richtiger Diensteinteilung und bei harmonischen kollegialen Beziehungen. Anregung dazu muß immer wieder ausgehen von den Zentralen, die wir in den psychiatrischen Kliniken bereits haben. Nicht nur für den akademischen Unterricht sind sie errichtet worden, sondern auch zur Fortbildung der praktischen Irrenärzte, wie sie seit einigen Jahren für unseren Stand besonders in Berlin und in München gepflegt wird. Gepflegt wird sie ferner auf unseren Versammlungen, gepflegt soll sie werden innerhalb jeder einzelnen Anstalt. Wo dies in richtiger Weise geschieht, da wird man weniger zu klagen wissen über die ermüdende Einförmigkeit des Anstaltsdienstes, wird man nicht nur in materieller Besserstellung der Ärzte, sondern vor allem in freudiger wissenschaftlicher Arbeit die Quelle zur Hebung des Standes erblicken. Wo solche Arbeit geschieht, wo sie angemessene Erwähnung findet in den Jahresberichten, da wird man auch die Behörden geneigt finden zur Verwilligung der erforderlichen Mittel. Der praktische Nutzen solcher Arbeit wird ihnen mehr einleuchten, wenn sie sich anschließt an den regelmäßigen Dienst, als wenn dieser durch längere Beurlaubungen zu solchen Zwecken unterbrochen werden muß. Soweit letzteres erforderlich ist, kann es geschehen durch den Austausch von Ärzten zwischen Anstalt und Klinik, wie es bisher nur vereinzelt versucht worden ist, wie es aber ohne allen Zweifel häufiger werden wird, wenn wir erst einmal hinweg sind über die leidige Ärztenot. Auch zu ihrer Bekämpfung trägt es sicherlich bei, wenn wir an den Anstalten selbst wissenschaftliche Leistungen aufweisen können, wie sie dem frei praktizierenden Arzte kaum möglich werden. An ungelösten Fragen fehlt es nicht auf unserem Gebiete, das Krankenmaterial steht überreichlich zu Gebot, es auszunutzen genügen auch bescheidene Hilfsmittel, wenn nur Lust und Ausdauer zur Arbeit nicht fehlen!

3. Oberarzt Dr. Mönkemöller-Hildesheim.

Ohne Zweifel haben die psychiatrischen Universitätskliniken infolge des Ausbaues ihres Wirkungskreises und bei dem großen Vorsprunge, den sie durch die Möglichkeit einer unumschränkten Ausnutzung der modernen wissenschaftlichen Hilfsmittel vor den Landesanstalten haben, diesen einen Teil der wissenschaftlichen Arbeiter abspenstig gemacht, die sich in früheren Zeiten bei der größeren Einfachheit der Methodik auch in ihnen auf wissenschaftlicher Höhe zu halten vermocht hätten.

Wenn es durch den Vorschlag Breslers gelänge, jene wieder mehr an die Provinz zu fesseln und den reichen Schätzen, die in dem Materiale der Provinzialanstalten schlummern, zur wissenschaftlichen Auferstehung zu verhelfen, so wäre das sicherlich als ein großer Fortschritt zu begrüßen.

Warum das Material jetzt nicht so ausgenutzt wird, wie das der Fall sein müßte, wird jeder verstehen, der jetzt in diesen Schätzen zu schürfen versucht und dem provinzwissenschaftlichen Strebertum huldigt. Er weiß, wie schwer das ist, ferne von der Literatur, nicht in vollem Besitze des wissenschaftlichen Rüstzeuges, ohne Anschluß an die Nachbargebiete der Psychiatrie, oft der Anregung entbehrend und auf die Selbstkritik und wissenschaftliche Selbstzucht angewiesen.

Man wird eine Förderung und Erleichterung des wissenschaftlichen Arbeitens für um so wünschenswerter und für direkt notwendig halten, wenn man sich vor Augen hält, daß bei der jetzigen Besserung der psychiatrischen Karriere bald eine ungeheure Stabilität in der Besetzung der Arztstellen an den Anstalten eingetreten sein wird. Da sich jetzt ungleich mehr wie früher die Möglichkeit bietet, eine auskömmliche Lebensstellung durch „Ersitzen" zu erringen, so wird eine wissenschaftliche Überarbeitung noch viel weniger wie früher zu befürchten sein, sobald sich der Ärztestab an den Anstalten aus lauter Direktoren zusammensetzt, wenn nicht neue wissenschaftliche Anregungen und eine Erleichterung der Möglichkeit, sich zu beschäftigen, dieser drohenden Stagnation entgegenarbeitet. Der Vorschlag Breslers wendet sich in wirksamster Weise gegen diese Gefahr. Daß er realisierbar ist, ist zweifellos. Ob er in der



vorgeschlagenen oder einer anderen Form verwirklicht werden soll, ist eine spätere Sorge. Überaus wichtig ist es, daß dann auch den Ärzten an den anderen Anstalten Gelegenheit gegeben wird, sich einer Kur in diesem psychiatrischen Jungborne zu unterziehen. Ohne allzu große Unkosten läßt sich ja ein längerer Tausch ermöglichen. Denn das Einleben und Einarbeiten in diese modernen psychiatrischen Fragen und Arbeiten bedarf, wenn es praktische Folgen zeitigen soll, längerer Zeit, als sie in einem Kurse zur Verfügung steht.

4. Oberarzt Dr. Wickel.-Obrawalde.

Die Zeiten haben sich geändert. Das jahrelang Gewünschte ist in Erfüllung gegangen. Die meisten Universitäten besitzen jetzt nach allen Richtungen hin vorzüglich eingerichtete Kliniken, an anderen Universitäten ist ihr Kommen nur eine Frage der Zeit. Sache dieser unserer psychiatrischen Universitätskliniken ist es, wie die Universitätskliniken für die anderen Spezialfächer der Medizin, nicht nur zu lehren, sondern auch in ihrem Gebiete voranzugehen und es weiter auszubauen.

Den Landesanstalten ist allmählich mehr und mehr die praktische Tätigkeit geblieben. Zweifellos müßten auch sie sich mehr an dem Streben nach Fortschritt beteiligen.

In dankenswerter Weise sind fast alle öffentlichen Irrenanstalten mit guten wissenschaftlichen Bibliotheken, mit gut eingerichteten Laboratorien für die gewöhnlichen chemischen, bakteriologischen, pathologisch-anatomischen, mikroskopischen Untersuchungen ausgestattet und mit Spezialfonds für Neuanschaffungen versehen.

Es wäre falsch, zu sagen, daß das Gebotene, zumal auch die Laboratorien, nicht hinreichend oder gar nicht benutzt würde. Es wird gewiß manches geleistet. Im allgemeinen aber dürfte mit dem Vorhandenen mehr und Wesentlicheres geleistet werden können.

Mitunter mag wohl der anregende, helfende und sein autoritatives Urteil abgebende Sachverständige fehlen. Es fehlt aber vor allem bei der fortdauernden Ärztenot der Anstalten an der nötigen Zeit. Mancher, der sich gern wissenschaftlich mehr betätigen möchte, muß schließlich darauf verzichten.

Bedenken wir den erheblichen Aufwand an Zeit, die besonderen Studien, die häufig nötigen besonderen Einrichtungen und Apparate, den nahen Konnex mit den anderen Disziplinen, welche die neueren, weite Ausblicke gebenden Forschungsmethoden erfordern, so ist der Gedanke einer besonderen wissenschaftlichen Zentrale, von der Art etwa, wie Bresler sie empfiehlt, naheliegend und nicht ohne Verheißung. Ich zweifle auch nicht, daß da, wo die nötigen Mittel vorhanden sind, ähnliche Einrichtungen mit der Zeit kommen werden.

Die meisten Verbände, welche die Kosten zu tragen haben, werden dazu aber in absehbarer Zeit wohl nicht in der Lage sein. Welche Summen beanspruchen allein die noch nötigen Anstalten! Aus den Zentralen dürfte sich auch bald eine Art Klinik herausbilden. Die Anstalten ohne Zentrale werden sich als zurückgesetzt ansehen.

Es scheint mir daher fürs erste am besten, wenn wir in unseren psychiatrischen Kliniken eben unsere wissenschaftliche Zentrale erblicken, und als ein dringendes Erfordernis möchte ich es bezeichnen, daß mehr wie bisher der Konnex mit den Kliniken angestrebt und unterhalten wird, vor allem auch durch den Austausch von Ärzten.

Jeder, der sich der Anstaltsarzttätigkeit dauernd widmen will, müßte m. E. einige Jahre klinischer Assistent gewesen sein und die Fähigkeit zu selbständiger wissenschaftlicher Arbeit mitbringen. In der Anstalt lernt er dann den großen praktischen Betrieb kennen und kann das Mitgebrachte auf das beste verwenden.

Die Anstalts-Jahresberichte sind m. E. in erster Linie Verwaltungsberichte, denen eingehendere ärztliche Erörterungen und besondere Wünsche am besten fernbleiben.

Manches, was jetzt in den Jahresberichten mehr oder weniger kurz angeführt wird und untergeht, würde besser einen Platz in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift finden.

5. Dr. Birnbaum-Buch bei Berlin.

Die vorgeschlagene Schaffung einer wissenschaftlichen Zentrale erscheint mir aus rein praktischen Gründen — Zentralisierung der wissenschaftlichen Hilfsmittel — berechtigt. Immerhin läßt sich doch manches dagegen sagen: Durch deren Angliederung an eine bestimmte Anstalt würde diese gegenüber den anderen und auf deren Kosten bevorzugt und herausgehoben werden. Denn selbst wenn immer wieder betont würde, daß an dieser Zentrale alle Anstalten des Bezirkes in gleicher Weise Anteil hätten, so würde doch jede wissenschaftliche Veröffentlichung dieser einen Anstalt zugerechnet werden, schon deshalb, weil ja vorwiegend deren Krankenmaterial zur wissenschaftlichen Verarbeitung käme.

Die Anstellung eigener Ärzte für diese wissenschaftliche Zentrale, die eben nur an ihr tätig zu sein hätten, erscheint mir nicht wünschenswert, denn



dadurch würden wohl zwei verschieden eingeschätzte Kategorien von Anstaltsärzten geschaffen. Diese ersteren wären nun — sofern ich den Artikel richtig verstanden habe — allein dazu bestimmt, die wissenschaftliche Arbeit zu leisten. Daß solche entsprechend vorgebildeten Ärzte dauernd an der Zentrale tätig sind, ist ja im Interesse der Stetigkeit der Arbeit zu wünschen. Aber ich würde es doch für besonders wertvoll halten, wenn jedem der andern Anstaltsärzte Gelegenheit gegeben würde, sich zeitweise zu seiner eigenen Ausbildung oder zu wissenschaftlicher Arbeit an diesem Zentralinstitut zu betätigen. Dadurch würde, was doch wohl das wichtigste ist, das allgemeine wissenschaftliche Niveau der Ärzte an den öffentlichen Anstalten gehoben. Wie weit freilich Neigung zu wissenschaftlicher Arbeit und Interesse dafür vorhanden ist, wird naturgemäß sehr von der Qualität des ärztlichen Nachwuchses abhängen, über die sich mancherlei sagen ließe. Doch das ist ein zu weites Feld, um mit dem alten Fontane zu reden.

6. Anstaltsarzt Dr. Hermann, rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Merzig a. d. Saar.

Die Nutzbarmachung des Materials der Landesanstalten für die wissenschaftliche Forschung ist ein Wunsch der klinischen Forscher wie vieler Ärzte der öffentlichen Anstalten selbst. Die Bedingungen für einen wirklich befriedigenden wissenschaftlichen Betrieb haben sich aber verschoben, es ist anders, als es „in der deutschen Psychiatrie Frühlingstagen" war. Wir sehen heute den Fortschritt ausgehen von führenden Autoritäten, die eine größere Schar begabter Schüler und wissenschaftlicher Hilfsarbeiter begeistern und vorwärts führen. Große Fortschritte gelingen einzelnen oft mühelos, der Fleißigste leistet oft Bienenarbeit, zuweilen ohne Erfolg, je nach seiner wissenschaftlichen Begabung und Vorbildung bezw. Anregung. Ich möchte annehmen, daß unseren Anstalten nicht so sehr die Laboratorien, Bibliotheken, die Apparate fehlen und den Ärzten, wenn sie entsprechend disponieren, nicht „die Zeit", sondern, auch bei bestem Willen, die klinische Vorbildung, ohne die man heutzutage seine Kräfte im allgemeinen zersplittert, die Fühlung mit den Zentren der Wissenschaft, in denen sich Schüler und Lehrer gegenseitig ermutigen und frisch erhalten, die Möglichkeit, sich in besonderen Zweigen, etwa Psychologie, Anatomie, Biologie, Chemie, gründlich auszubilden, und oft erlahmt ein kühner Aufflug rasch wegen fehlender Hilfsarbeiter (Journale, Laboratorium!) einerseits, Mutlosigkeit andererseits. Darum verspreche ich mir von mehrjährigen Kommandierungen, von Ärzteaustausch zwischen Kliniken und Anstalten eine allgemeine, gegenseitige Anregung und Nutzbarmachung der überall bestehenden Lust zur wissenschaftlichen Arbeit, die jedem Arzt innewohnt; es würde dann, bei entsprechendem Verständnis der Vorgesetzten, eine erhöhte wissenschaftliche Krankenbeobachtung dem einzelnen Gelegenheit geben, seine Kräfte zu üben und zu messen. Wird die von Bresler vorgeschlagene Zentralanstalt diesen persönlichen Momenten gerecht werden, z. B. eine Auslese ermöglichen, und sich nicht von ein bis zwei ebenfalls isolierten Einzelforschern abhängig machen, so wird sie zweifellos zu Hohem berufen sein.

(Schluß der Antworten folgt.)

Internationaler Kongreß der Fürsorge für Geisteskranke — Oktober 1910 — zu Berlin.

Ausstellung der Fürsorge für Gemüts-, Geistes- und Nervenkranke zu Berlin, Oktober 1910. Programm.

Mit dem Anfang Oktober 1910 in Berlin tagenden IV. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke, dessen Vorbereitung der Deutsche Verein für Psychiatrie übernommen hat, wird nach Beschluß der letzten Jahresversammlung des Vereins eine Ausstellung verbunden sein, welche — unter Verzicht auf historische Rückblicke — in erster Linie eine vollständige Übersicht über die in den letzten 30 bis 35 Jahren in Deutschland auf diesem Gebiete gezeitigten Fortschritte gewähren soll. Die Ausstellung der Fürsorge für Gemüts-, Geistes- und Nervenkranke wird nicht nur den aus allen Kulturstaaten zahlreich zu erwartenden ausländischen Kongreßmitgliedern die anerkannt vorbildlichen Leistungen unseres Vaterlandes übersichtlich vor Augen führen und den mit der praktischen Verwirklichung unserer weitschauenden, humanen Gesetze betrauten Männern die willkommene Gelegenheit zu anspornender Bereicherung ihres Wissens und Könnens auf dem Gebiete der Fürsorge für die Ärmsten aller Kranken bieten, sie wird namentlich auch einen überzeugenden Einblick in die Einrichtungen und Leistungen derjenigen Anstalten gewähren, deren segensreiches Wirken sehr zum Nachteil der Kranken infolge altüber-



kommener Vorurteile leider noch vielfach verkannt wird.

Die Mannigfaltigkeit und Reichhaltigkeit der Ausstellung erheischt eine Gliederung in verschiedene Abteilungen.

I. In der ersten und Hauptabteilung ist geplant eine Ausstellung der Lagepläne und Modelle der öffentlichen deutschen Anstalten für Geistes- pp. Kranke. Empfehlenswert ist ein einheitlicher Maßstab für Lagepläne im Verhältnis von 1:500, für neuanzufertigende Modelle von 1:300. Im Lageplan kann Grundriß der Erdgeschosse eingezeichnet sein. Dafern der Raum es gestattet, können bereits vorhandene, in größerem Maßstab ausgeführte Modelle ausgestellt werden. Die Zunahme der Anstalten und Plätze, der Verpflegten und Angestellten in Deutschland wird, nach Bundesstaaten und Provinzen geordnet, graphisch dargestellt.

II. Eine Sonderabteilung soll bemerkenswerte Grundrisse und Modelle der besonderen Zwecken dienenden öffentlichen Bauten und Abteilungen, z. B. Bewahrhäuser, Infektionshäuser, Kinderhäuser, Lazarette (Operationsräume), Wachabteilungen, Beobachtungsstationen etc. bringen. Empfehlenswerter Maßstab 1:100, für Einzelheiten 1:10.

III. Bewährte, praktische Gebrauchs- und Einrichtungsgegenstände aller Art (mit Ausnahme der Badeeinrichtungen) und empfehlenswerte Neuheiten, die zur zeitgemäßen Ausstattung der Wohn- und Schlafräume pp. für Kranke und Angestellte dienen, können sowohl von Anstalten wie von Firmen in der Ausstattungsabteilung ausgestellt werden.

IV. Die Abteilung für Anstaltshygiene (einschl. Badeeinrichtungen) beansprucht ganz besondere Bedeutung, da sie das so wichtige Gebiet der Beheizung und Beleuchtung, der Wasserzufuhr und Warmwasserbereitung, der Abortanlagen und Abwässerbeseitigung veranschaulicht. Zweckmäßige Badeeinrichtungen, auch für Dauerbäder, können in natürlicher Größe dargestellt werden.

Auch Desinfektion und Feuerlöschwesen finden in dieser Abteilung Beachtung.

V. Die zweckmäßige Art der Verpflegung in kleineren und größeren Anstalten, Bereitung, Warmhaltung und Zufuhr der Speisen und dazu dienliche Maschinen und Geräte veranschaulicht die Wirtschaftsabteilung, welche auch die gesamten Wäschereieinrichtungen umfaßt.

VI. Die Abteilung Ärztliche Instrumente veranschaulicht alle der psychiatrischen und nervenärztlichen Diagnostik und Therapie dienenden Apparate, Schemata usw. Hier werden auch in der Behandlung bewährte Medikamente und Präparate pp. Aufstellung finden.

VII. Eine die Beschäftigung und Unterhaltung der Kranken darstellende Sonderabteilung lehrt, wie in zugleich wirtschaftlich nutzbringender Weise die Arbeit in der heutigen Kranksinnigenbehandlung zu einem Kurmittel geworden ist, das — in Gemeinschaft mit beruhigender und ablenkender Unterhaltung — den ganzen Charakter der Anstalten veredelt hat. Grundrisse und Modelle von Werkstätten pp., Gesellschaftsräumen etc., die mannigfachsten Arbeitserzeugnisse der Kranken gewähren Einblick in diesen bedeutsamen Zweig des heutigen Anstaltslebens.

VIII. Den Fortschritt des psychiatrischen Unterrichtswesens soll eine Spezial-Ausstellung der deutschen psychiatrischen Kliniken mit Plänen, Grundrissen und Modellen, sowie Lehrmitteln für den psychiatrischen Unterricht der Studierenden veranschaulichen.

IX. Im Literaturraum werden die der Psychiatrie, Neurologie und verwandten Zweigen dienenden Fachzeitschriften des In- und Auslandes und die neueren Bücher und Schriften neurologischen und psychiatrischen Inhalts ausliegen.

Auch die von Behörden und Anstaltsleitern herausgegebenen Beschreibungen bestehender oder im Werden begriffener Anstalten oder Sonderbauten, Verwaltungs- und Anstaltsberichte sind hier einzusehen. Soweit Druckschriften der Art etwa noch im Entstehen sind, wird Format 25/32 und — mit Rücksicht auf die ausländischen Kongreßmitglieder — lateinischer Druck empfohlen.

X. Eine besondere Abteilung zeigt, was zur Gewinnung und Erhaltung eines guten Pflegepersonals, zur Hebung seines Wissens und Könnens wie seiner wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Stellung in Deutschlands Anstalten geschieht. Grundrisse und Modelle von Pflegerwohnungen, Trachten pp., auch die für den Pflegerunterricht geeigneten Lehrmittel pp. werden ausgestellt.

Diese Abteilung veranschaulicht auch die Entwicklung, Ausbreitung und Besonderheit der deutschen Familienpflege, die bekanntlich gerade seit der Seßhaftmachung des Pflegepersonals und Errichtung besonderer Pflegerwohnungen mancherorten einen sehr erfreulichen Aufstieg genommen hat.

XI. Hieran reiht sich eine Darstellung der Fürsorge für die aus den Anstalten Entlassenen (Hilfsvereine) sowie überhaupt alles, was sich bezieht auf die Schwachsinnigenfürsorge, einschl. der Hilfsschulen für geistig Zurückgebliebene. Das für diese Sonderzwecke zweckmäßigste Lehrmittel- und Anschauungs-



material wird auch den nicht direkt im Dienste der Anstalten stehenden Lehrern und Erziehern mannigfache Anregung und Belehrung bringen.

XII. Eine Sonderabteilung wird die Ausstellung der Grundrisse, Modelle pp. der Privatanstalten für Kranksinnige, Sanatorien für Gemüts- und Nervenkranke, Nervenheilstätten, Heilstätten für Alkoholkranke pp. bilden.

Die Ausland-Abteilung

bringt eine größere Anzahl von Plänen, Grundrissen, Abbildungen und Modellen bekannter Anstalten pp. verschiedener Länder und gewährt einen orientierenden Überblick über deren segensreiches Wirken in der Neuzeit.

Mit der Vorbereitung der Ausstellung sind von dem deutschen Verein für Psychiatrie betraut worden die Herren

Professor Dr. Alt,
Direktor der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe (Altmark).

Professor Göcke,
Landesbaurat und Dozent an der technischen Hochschule zu Berlin.

Ein Besuch der Familienpflegestationen in Fife, der Anstalten Baugour-Village, des Royal Edinburgh Asylum und der Aufnahmsstation in Glasgow für Schottland.

Von Dr. *Anton Hockauf*, Primararzt in Gugging.

(Fortsetzung.)

Die Schlafsäle zeigen das Bild der Behaglichkeit. Die Betten sind aus Eisen, haben elastische Drahteinsätze und sind mit Roßhaarmatratzen und Bettdecken reichlich ausgestattet. Die Heizung geschieht mit Heizröhren, welche von dem im Kellergeschosse befindlichen Kessel gespeist werden.

Überall werden die Zimmer elektrisch beleuchtet. Das ganze Areal der Anstalt wird mit elektrischen Bogenlampen erhellt.

Die Gebäude sind untereinander telephonisch verbunden und haben einen Feueralarmapparat.

Im Osten der Anstalt sind rund um die geschlossenen Pavillons (closed villas) drei Reserve-Pavillons und das Mortuarium gruppiert.

In der medizinischen Sektion nördlich vom Administrationsgebäude liegt das Hospital in schöner, sonniger, dominierender Lage. Dieses Gebäude enthält im Erdgeschosse zwei Krankensäle (wards) und im ersten Stocke einen Krankensaal (ward) für jedes Geschlecht mit mehreren Seitenräumen. Es enthält im ganzen 90 Betten (für 45 M. und 45 F.).

Hier befinden sich auch das Laboratorium für klinische Forschung, ein Zimmer für elektrische Behandlung, ein Operationszimmer, ein Lesezimmer etc.

Westlich vom Hospitale in nächster Nähe des Administrationsgebäudes befindet sich das Pflegerinnenheim (nurses' Home), um welches sich ebenfalls drei Reserve-Pavillons gruppieren.

Dieses Gebäude ist aus Quadern erbaut und besteht aus vier Stockwerken. Es ist als Heim für das bliche Pfle gepersonal der medizinischen Sektion bestimmt. Auch die Matrone, die Hilfs-Matronen (assistant matrons) und das Hauspersonal wohnen in diesem Gebäude. Es enthält einen Rekreationssaal, ein Schreibzimmer, ein Speisezimmer, ein Sprechzimmer und mehr als 80 Bettzimmer. Jede Person hat hier ein separates Bettzimmer (bedroom). In jedem Stockwerke sind mindestens zwei geräumige Badezimmer. Drei separate Treppen sind bei Feuersgefahr leicht benutzbar. Hydranten und Schläuche sind in genügender Zahl vorhanden.

Es besteht dagegen kein Pflegerheim (Attendants Home), in welchem die unverheirateten Männer wohnen könnten.

Diese Wärter (attendants) haben auch keinen gemeinsamen Erholungsraum. Ihre Schlafzimmer befinden sich im industriellen Heim (Arbeiterpavillon).

Im Zentrum der Anstalt nächst der Zufahrtsstraße liegen, wie bereits erwähnt, das Waschhaus, die Hauptküche, die Bäckerei und die Rekreations-Halle (Amusement Hall) oder Vergnügungshalle mit dem Festsaale.

In der Mittellage der Anstalt im Norden liegt die Kirche, und das Ärzteheim (Doctors Home) hinter der Kirche im äußersten Norden.

Im westlichen und nordwestlichen Teile der Anstalt liegt das industrielle Departement, der Infektions-Pavillon und der Ökonomie-Hof.

Die Frage nach Erbauung eines Tuberkulosenheimes steht noch in Behandlung des General Board of Lunacy.



Vom Zentrum der Anstalt in westlicher Richtung befinden sich die vier industriellen Pavillons für Frauen (Industrial Homes for women).

Der der Waschküche zunächst gelegene Pavillon ist das Waschhaus-Heim (Laundry Home), in welchem die im Waschhause beschäftigten Patienten und das dazu gehörige Dienstpersonal wohnen.

In der Wäscherei *) und Küche arbeiten über 70 weibliche Kranke.

In den übrigen drei Pavillons arbeiten 80 weibliche Patienten an Näh- und Strickarbeiten.

Nördlich von der industriellen Abteilung für Frauen sind die fünf industriellen Pavillons für Männer gruppiert, in welchen die chronischen Patienten, welche auf der Farm und in den Gärten arbeiten, wohnen.

Im ganzen werden täglich gegen 500 Patienten zu nützlicher Arbeit angehalten (252 M. und 227 F.). Nicht weniger als 40% der männlichen Kranken (136 M.) arbeiten auf den Feldern.

Die industriellen Pavillons (Arbeiterpavillons) sind einfache, gefällige Steinbauten. Türen und Fenster sind hier nicht separat abgesperrt. Es sind hier weder einfache noch gepolsterte Zellen vorhanden. Hier herrscht absolute Bewegungsfreiheit.

Westlich vom industriellen Heim für Arbeiter liegt der Pavillon für infektiöse Kranke.

Im äußersten Nordwesten der Anstalt liegt der Ökonomie-Hof mit den Stallungen und dem Farmhouse (Ökonomiegebäude), in welchen zwölf Patienten, die daselbst Beschäftigung finden, wohnen.

Die Kanalisation ist gut durchgeführt.

Die Kläranlage (The Sewage Filtration, Purification Works) mit den septischen Reservoiren (septic tanks) und den bacteria beds, liegt im Südosten der Anstalt.

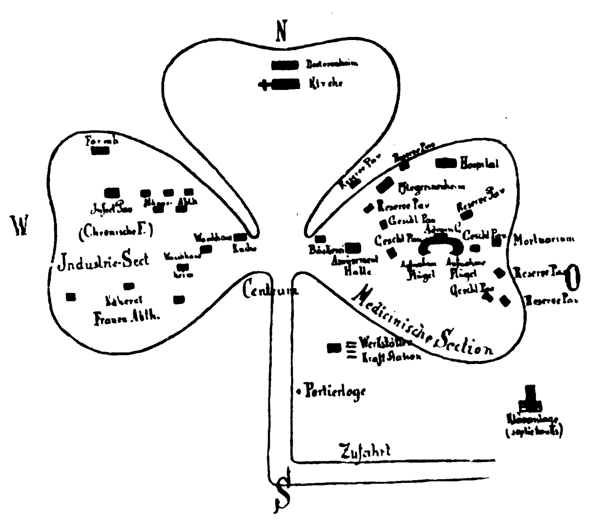
Das Trinkwasser-Reservoir faßt 16300000 gall. à 4,34 l = 707420 hl. Die Distriktsbehörde ist durch den Districts-Boards Act of Parliament ermächtigt, auch Wasser von dem außerhalb des Baugourgutes liegenden Linehfaulds Burn zu entnehmen, wodurch auch das für die Filteranlage notwendige Gefälle erreicht wurde.

Die Kosten der Anstalt belaufen sich auf 10½ Millionen Kronen.

Die Farm und der Garten liefern Milch, Rind- und Hammelfleisch, Schweinefleisch, Speck, Hafermehl, Kartoffeln und grüne Vegetabilien aller Art in genügender Menge. Mit Ausnahme von Tee und der Gewürze kommt der gesamte Bedarf an Nahrungsmitteln von der Farm.

Die Gründe sind gut urbar gemacht, eine Pflanzschule angelegt und ein Gewächshaus für die Beistellung von Pflanzen und Blumen zur Ausschmückung der Krankensäle errichtet.

Wenn man will, kann man, wie aus der folgenden generellen Skizze ersichtlich ist, die Anordnung der



Gebäude wie auf einem dreiblätterigen Kleeblatte durchgeführt sich vorstellen.

Der Stengel des dreiblätterigen Kleeblattes bildet die Zufahrtsstraße, das linke Blatt versinnbildlicht die westliche Area, auf der die industrielle Sektion und die Farm, das mittlere Blatt die nördliche Area, auf der die Kirche und das Wohnhaus der Ärzte, und das rechte Blatt die östliche Area, auf der die medizinische Sektion liegen.

Die Speisen und die Wäsche werden vom Zentrum, wo das Waschhaus, die Küche und die Bäckerei liegen, aus verteilt. Im Zentrum finden sich die Patienten auch zur geselligen Unterhaltung in der Amusement Hall zusammen.

Diese war bei meinem Besuche noch unfertig und dürfte im Mai 1909 der Benutzung übergeben worden sein. Sie besteht aus einem geräumigen Zuschauerraum und einer großen Bühne.

Die Anstalt Baugour Village hatte am 15. Februar 1908 726 Kranke, nämlich 342 Männer und 384 Weiber. 117 Betten waren unbesetzt.

Die Anstalt nimmt alle Kranken aus dem Edinburger Distrikte auf, mit Ausnahme der Familienpfleglinge und 150 Kranken des genannten Aufnahmebezirkes, welche nach Übereinkommen im Edinburgh Royal Asylum bis 1914 zu verbleiben haben.

*) Auch in dieser Anstalt wird aus hygienischen und wirtschaftlichen Gründen das Lufttrockensystem bei dem Trocknen der Wäsche angewendet.

Das mansion home of Midleton Hall, früher eine Abteilung des Craiglockhartschen Armenhauses, wurde der Anstalt einverleibt. Die Anstalt steht unter der Verwaltung des Edinburger District Board of Lunacy, welcher 1897 errichtet wurde. Dieser hält jeden dritten Montag im Monate Sitzungen (Meetings), in welchen alle die Anstalt betreffenden Fragen besprochen werden.

Der Board wählt einen Präsidenten und einen Stellvertreter. Ihm ist ein Beamter und ein Schatzmeister beigegeben.

Dieser Board teilt sich in drei Standing Committees: 1. Finanzkomitee, 2. Hauskomitee und 3. Arbeitskomitee. Jedes Komitee hat zehn Mitglieder, die in keinem wie immer gearteten Verhältnisse mit der Anstalt stehen dürfen.

Die Komiteemitglieder müssen allmonatlich alternierend die Anstalt visitieren.

Sie haben bei Besetzungen das Präsentationsrecht, überwachen die Geldgebarung und liefern den Jahresbericht an den General Board of Lunacy ab.

Ein Arzt kommt auf 242 Kranke. Die Bestellung eines dritten Arztes ist nur mehr eine Frage der Zeit.

Eine Pflegeperson kommt auf neun Kranke im Tag- und 47 im Nachtdienste. Es gibt nach dem schottischen System eigene Tag- und Nachtdienst-Pflegepersonen. Diese verrichten nur Krankendienst.

Pflegerinnen machen auch Dienst auf einzelnen Männerabteilungen.

Der Bericht sagt:

„In einer der Männerabteilungen wird der approbierte Pflegedienst nur von Pflegerinnen ausgeübt. Dadurch wurde die Pflege der kranken und gebrechlichen Kranken auf der Männerabteilung in eine Parallele mit jener der allgemeinen Krankenhäuser gebracht. Es ist wohl heute schon erwiesen, daß die Pflegerinnen auf das Benehmen der geisteskranken Männer einen erfolgreichen Einfluß ausüben. Die Pflege der Wärterinnen ist eine sanftere und sympathischere. Auch werden die Krankensäle von den Pflegerinnen besser in Ordnung gehalten."

Die Pflegerin ist ganz ihrem Berufe ergeben, den sie mit Liebe ausübt. Sie zeigt den Stolz der englischen Frau, läßt sich nicht zu gewöhnlichen und Reinigungsarbeiten verwenden, welche die Helpers besorgen müssen.

Der Superintendent Dr. Keay erzählte mir, daß die Pflegerinnen zur Feldarbeit nicht zu bewegen seien, weshalb eine Beschäftigung der Frauen auf dem Felde nicht denkbar sei.

Die Matrone hat auch die Oberaufsicht über die Männerabteilungen.

Die Pflegepersonen werden nach einer Probedienstzeit in zweijährigen Kursen von den Ärzten nach einem Leitfaden im Pflegedienst unterwiesen. Nach einem dritten Unterrichtsjahre, in welchem die Pflegepersonen in der Pflege in den Mental diseases — den Geisteskrankheiten — unterwiesen und geprüft werden, werden sie diplomiert.

Der Vorstand der „medikopsychologischen Gesellschaft von Großbritannien und Irland" hat ein Ordenszeichen gestiftet, welches die Pflegepersonen, die ein Zeugnis über die bestandene Prüfung in der Pflege Geisteskranker erhalten haben, tragen dürfen.

Ich konnte mich in Glasgow wie in Morningside und Baugour Village von der besonderen Intelligenz und Tüchtigkeit der englischen Pflegepersonen überzeugen.

Die Bezahlung, die Urlaube und dienstfreien Zeiten der Pflegepersonen sind denen in den Londoner Anstalten analog.

Die Behandlung der Kranken ist selbstverständlich ganz zeitgemäß. Nur die Bäderbehandlung hat bis jetzt bei den Schotten noch keinen rechten Anklang gefunden. Worin die Skepsis vor den Dauerbädern ihren Grund hat, konnte ich auf wiederholte Fragen nicht erfahren. Die medikamentöse Behandlung, Bettbehandlung ist bei dem gleichartigen Krankenmateriale die gleiche wie bei uns.

Beschränkungen sind höchst selten, Isolierungen kommen in der Polsterzelle nur im Notfalle vor, wenn Gefahr für die Kranken oder die Umgebung im Verzuge ist. Sie werden genau protokolliert und überwacht durch die Commissioners in Lunacy.

Besonders betrieben wird in der kolonialen Anstalt selbstverständlich die Arbeitstherapie. 170 männliche Kranke oder 51% wurden im Freien, auf dem Felde beschäftigt. Die übrigen arbeitsfähigen männlichen und die weiblichen Kranken werden in den Werkstätten, in der Wäscherei, in den Näh- und Strickstuben in der Arbeit unterwiesen.

Die Kranken waren mit ihnen passenden Kleidern angezogen.

Das Aussehen der Kranken bezüglich ihrer persönlichen Nettigkeit und der Reinlichkeit ihrer Kleider war sehr anerkennenswert, ihr Benehmen bis auf einige erregte Frauen war ruhig und anständig. Einige Kranke waren bettlägerig.

Die Kost ist gut, reichlich und bietet viele Abwechslung. Das während des Besuches servierte Mittagsessen, das in großen Speisewagen in gewärmten Blechbüchsen von der zentral gelegenen Hauptküche



in die Anrichtküche der einzelnen Pavillons geführt wird, bestand in Suppe, Brot, gekochtem Rindfleisch und Kartoffeln.

Das Service und die Tischtücher trugen den Charakter der Häuslichkeit an sich.

Das Frühstück besteht in Suppe, Milch oder Tee mit Brot und Butter.

Die Kranken bekommen allwöchentlich viermal eine Fleischspeise und einmal eine Fischration.

Die Männer bekommen abends 8 Unzen oder 22,4 Dekagramm, die Frauen 6 Unzen oder 16,8 Dekagramm Brot.

Die arbeitenden Kranken erhalten zum zweiten Frühstück außer dem Brot Butter, Käse und Tee.

An Sonn- und Feiertagen machen die Kranken in Begleitung der Pflegepersonen gruppenweise Ausflüge in die Umgebung.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Die Behandlung der progressiven allgemeinen Paralyse mittels Nuklein-Injektionen** war der Gegenstand eines Vortrags, den Professor Dr. J. Donath, Oberarzt der Nervenabteilung des St. Stefanspitals in Budapest, bei dem XVI. internationalen med. Kongreß hielt. Der Vortrag ist nun in der Wien. klin. Wochenschrift Nr. 38 vom 23. September veröffentlicht. Professor Donath kommt zu folgendem zusammenfassenden Ergebnis:

„Gegen die Initialstadien der progressiven Paralyse bewähren sich Lösungen von 2% igem Natrium nucleinicum, mit ebensoviel Chlornatrium versetzt. Dieselben werden in Mengen von 50 bis 100 ccm in fünf- bis siebentägigen Intervallen subkutan (Brust, Hypochondrium, Rücken), an wechselnden Stellen, unter aseptischen Kautelen injiziert und bewirken Temperatursteigerungen bis zu 40,5° C (durchschnittlich 38,5° C) und Vermehrung der Leukozyten bis auf 61000 (durchschnittlich 23000). Es werden etwa acht solche Injektionen, nach Bedarf auch mehr gemacht. Zweck dieser pyretischen Methode ist, durch Hyperthermie und Hyperleukozytose und die dadurch gesteigerte Oxydation die bei der progressiven Paralyse sich bildenden giftigen Stoffwechselprodukte zu zerstören. Diese Behandlungsweise ist besonders dann angezeigt, wenn antiluetische Therapie nicht mehr am Platze ist. Doch sind genug oft auch in solchen Fällen schöne Resultate zu erzielen, wenn Lues bestimmt vorgegangen ist und Quecksilberbehandlung in ungenügender Weise oder gar nicht stattgefunden hat. Die Besserungen zeigen sich besonders im Aufhören des Zitterns, des Erregungszustandes, in der Besserung des Gedächtnisses, des Rechnens und der Sprachstörung. Unter 21 Fällen fand in 10 Fällen wesentliche Besserung, d. h. Wiedererlangung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit statt (der älteste Fall hält jetzt seit zwei Jahren an), in fünf Fällen Besserung (objektiv und subjektiv), jedoch ohne die frühere Leistungsfähigkeit erlangt zu haben; 6 Fälle blieben ungebessert. Von Wichtigkeit ist auch, daß diese Behandlung vom praktischen Arzt oder Nervenarzt, welche diese Kranken gewöhnlich zuerst sehen, in häuslicher Behandlung oder besser im offenen Sanatorium ausgeführt werden kann. Ueber den definitiven Wert dieser Behandlungsmethode und besonders, ob auch gänzliche Heilungen möglich sind, müssen weitere Beobachtungen entscheiden; jedenfalls sind die Besserungen hier (zusammen 70% der Fälle) weit zahlreicher, als sie durch interkurrente fieberhafte oder eitrige Prozesse oder gar spontan beobachtet werden."

(Aehnliche Erfolge hat Fischer-Prag mit Natrium nucleinicum beobachtet und veröffentlicht. Vergl. Nr. 20, Seite 173, Jahrg. XI der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift.)

Bezüglich der Technik des Verfahrens gibt Donath folgendes an:

„Das nukleinsaure Natrium ist bei trockener Aufbewahrung nicht zersetzlich. Es kann in wässeriger Lösung aufgekocht und dadurch steril und haltbar gemacht werden, doch empfiehlt es sich, nicht mehr Lösung zu bereiten, als für ein oder höchstens zwei Tage ausreicht, da nach dem Oeffnen der Flasche am dritten Tage unter Opaleszenz und Pilzbildung Zersetzung eintritt. Behufs Bereitung der Lösung genügt es jedoch, dem frisch aufgekochten und abgekühlten destillierten Wasser die entsprechende Menge Natrium nucleinicum und Chlornatrium (je 2%) zuzusetzen. Das Hinzufügen von Chlornatrium fand ich für zweckmäßig, um die Lösung zu beschleunigen, welche noch durch Zerrühren mit dem Glasstab gefördert wird. Die Lösung erfolgt, wenngleich langsam in der Kälte, so doch vollständig.

Zumeist benützte ich Mercksches, zuweilen auch Boehringersches Natrium nucleinicum.

Stärkere als 2%ige Lösungen schienen mir zu stark zu reizen. Die Formel lautet also:

Rp.
Natrii nucleinic.
Natrii chlorati
aa 2,0
Solve in Aqua dest. sterilis.
100,0

S.: Auf ein- bis zweimal subkutan zu injizieren.

Die Injektion wird unter den üblichen aseptischen Kautelen vorgenommen, wozu aber das Einlegen der am besten 50 ccm fassenden Spritze in 5%iges Karbolwasser, das Auskochen der Kanüle und die sorgfältige Reinigung der Haut (an der Brust-, Hypochondrium- oder Rückengegend) vollständig genügen. Ich erwähne dies etwas ausführlicher, weil ich Gewicht darauf lege, daß auch der praktische Arzt diese Prozedur bei den Initialerkrankungen der Paralyse in häuslicher Behandlung ausführen könne. Selbstverständlich kann diese Behandlung, wenn es sonst der Zustand des Kranken gestattet, auch im offenen Sanatorium erfolgen. Bei empfindlichen Patienten kann vor dem Einstich die betreffende Hautstelle mittels Aethylchlorid anästhesiert werden. Die Einstichstelle wird schließlich mit etwas Jodoformgaze und Zinkpflaster bedeckt. Der Kranke beobachtet während der Temperatursteigerung und Hyperleukozytose Bettruhe."

Referate.

— The nineteenth Annual-Report of the State Commission in Lunacy of the State of Newyork for the year October 1. 1906 to September 30. 1907 berichtet über 29093 Kranke, und zwar 13927 Männer und 15166 Frauen, welche in den 13 Staatsirrenanstalten, den zwei Anstalten für irre Verbrecher in Matteawan und Dannemora und den 25 lizenziierten Privatirrenanstalten im Staate New-York verpflegt wurden.

Die Zunahme der Kranken im Berichtsjahre betrug 799.



Die Ausgaben für die Behandlung erreichten die Höhe von 4893 266,29 oder 183,83 Dollars pro Kopf und Jahr.

Wir erfahren aus dem Berichte, daß sowohl im ärztlichen wie administrativen Dienste der Anstalten wesentliche Erleichterungen für die Angestellten eingeführt wurden.

Der State Board of Alienists berichtet eingehend über die Beförderung von 352 fremdstaatlichen Irren in ihre respektiven Heimatländer der betreffenden Kontinente und über die Transferierung von nicht zuständigen 170 Geisteskranken in die respektiven Anstalten der Staaten und Territorien der U. S.

Die Berichte des Medical Inspektors und des Direktors des pathologisch-anatomischen Institutes in New-York und seiner Assistenten sind auch heuer sehr instruktiv und umfassen die Anstaltsbehandlung in allen ihren Zweigen, die Psychosen, Neurosen und die Neuropathologie, geben ein anschauliches Bild der geleisteten wissenschaftlichen Arbeiten im klinischen wie Laboratoriumsunterrichte im Berichtsjahre.

Die quarterly medical conferences der Kommissionsmitglieder mit den Superintendenten der einzelnen Spitäler am 15. Oktober 1906, am 28. Januar, 30. April und 10. September 1907 brachten viele Vorträge der Direktoren. Von besonderer Wichtigkeit ist der Vortrag des Superintendenten von Utica, Dr. Palmer: „Care of the insane pending committment", welcher eingehend über die Behandlung und Fürsorge für die Kranken vor ihrer Einbringung in die Anstalt handelt.

Die zahlreichen dem Berichte beigegebenen statistischen Tabellen und Karten sind sehr gut gearbeitet und geben ein anschauliches Bild über die ärztliche und administrative Tätigkeit der Zentralbehörde und in den einzelnen Anstalten.

Die sich anschließenden Anstaltsberichte enthalten alles Wissenswerte für die Behörden und Fachleute.

Den Bericht beschließt der 15. Jahresbericht der State Charities Aid Association an die State Commission in Lunacy. Er beinhaltet die Besprechung der neuesten Gesetze, die Geldgebarung, die Überfüllung der Anstalten und die Transferierungen der Kranken, den notwendig gewordenen Erwerb von neuem Grund und Boden für die Anstalten, die Ausbildung der Pflegepersonen, die Behandlung der nicht zuständigen und fremden Irren, die Behandlung der zu internierenden Irren vor der Abgabe in die respektiven Anstalten, den zweiten Jahresbericht der Sobcommittees on the After-care of the insane der einzelnen Anstalten, wo solche bereits bestehen, endlich die Berichte der Inspektoren der State Charities für die einzelnen Spitäler.

Nach Durchsicht des 1311 Seiten haltenden Berichtes legt man denselben mit dem Bewußtsein aus der Hand, viel Nützliches gelernt zu haben.

Dr. Anton Hockauf.

Personalnachrichten.

† Dr. **Anton Holler**, Primararzt i. R. der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien, ist am 26. September ds. Js. um 1/4 8 Uhr abends nach langem schweren Leiden im 84. Lebensjahre in Graz, wo er zuletzt lebte, gestorben.

Friede seiner Asche! A. H.

— **Nürnberg**. Dr. Carl von Rad, Nervenarzt, ist zum Oberarzt der psychiatrischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses in Nürnberg ernannt worden.

— **Wien-Steinhof**. Dem Regierungsrat Dr. med. Heinrich Schlöß, Direktor der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten „Am Steinhof", ist das Kommandeurkreuz des päpstlichen St. Gregor-Ordens verliehen worden.

— **Hannover**. Der Assistenzarzt Dr. Rapmund ist zum 1. Oktober d. Js. zum Abteilungsarzt bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen ernannt.

— Irren-Anstalt **Friedrichsberg** bei Hamburg. Der Assistenzarzt Dr. med. Karl Johannes Hobohm ist mit dem 30. September cr. aus dem Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

Beitrag zur Verwendbarkeit des Valisan (Schering). Von San.-Rat Dr. Dorn, Arzt für innere Krankheiten. Allg. Med. „Central-Zeitung", 1909, Nr. 33.

Die Scheringsche Fabrik hat in der Absicht, der Isovaleriansäure, diesem wichtigsten Bestandteile der Valeriana, eine erhöhte Wirksamkeit zu verleihen, eine chemische Verbindung hergestellt, welche neben 26,5 pCt. Isovalisansäure 48,3 pCt. Borneol und 25,2 Prozent Brom enthält. Dorn hat diese Kombination vor allem bei Patienten mit Herzbeschwerden, teils rein nervöser Natur, teils auch durch ein Vitium bedingt, angewendet. In verhältnismäßig kurzer Frist trat bei den Fällen der ersten Kategorie der überaus beruhigende Einfluß des Mittels stets zutage. Es genügten für gewöhnlich 6 Kapseln à 0,25 g Inhalt pro die, um die Erregbarkeit des Cor alsbald wesentlich herabzusetzen und meist in wenigen Tagen eine auffallende Besserung der krankhaften Erscheinungen festzustellen. „Die bei manchen Kranken zuweilen aus geringen Anlässen heraus sich geltend machenden Herzpalpitationen und Angstzustände wurden erheblich gemildert, ja in 2 Fällen die vorhandene Schlaflosigkeit allein durch das Valisan sehr günstig beeinflußt." — Bei einer Frau im klimakterischen Alter, welche angeblich durch häuslichen Kummer an hochgradig nervösen Krampfanfällen litt, welche sich vornehmlich des Nachts zu einer sehr quälenden „Herzensangst" steigerten, so daß die Patientin gewöhnlich das Bett verlassen mußte, um den Erregungszustand einigermaßen bekämpfen zu können, bewährte sich das der Kranken zur Verfügung gestellte Valisan, und es gelang bald, die wohl mehr oder weniger hysterischen Anfälle — ein Vitium bestand nicht — bald zu koupieren.

Für die durch ausschweifende Lebensweise und geistige Ueberanstrengung in ihrem Nervenapparate geschwächten Individuen dürfte sich der Mitgebrauch des Valisans sehr empfehlen.

Das Präparat ist eine in der üblichen Form von Gelatineperlen leicht zu nehmende und gut bekömmliche Medikation.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 31. 23. Oktober **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Ein antipsychiatrisches Zentralorgan. Von G. Lomer, Blankenhain in Thüringen. (S. 273.) — Antipsychiatrische Skizze. Von Dr. B. Beyer, Oberarzt an Dr. Würzburgers Kuranstalten in Bayreuth. (S. 275.) — Ein Besuch der Familienpflegestationen in Fife, der Anstalten Baugour-Village des Royal Edinburgh Asylum und der Aufnahmsstation in Glasgow für Schottland. Von Dr. Anton Hockauf, Primararzt in Gugging. (Fortsetzung.) (S. 278.) — Mitteilungen (S. 280). — Personalnachrichten (S. 280).

Ein antipsychiatrisches Zentralorgan.

Von *G. Lomer*, Blankenhain in Thüringen.

Vor mir liegen die ersten beiden Nummern der „Volkstümlichen Zeitschrift des Bundes für Irrenrechts-Reform und Irrenfürsorge", auf welche ich nicht verfehlen möchte, die Aufmerksamkeit der psychiatrischen Öffentlichkeit hinzulenken. Der Bund führt den Untertitel „Psychiatrische Gruppe des Allgemeinen Deutschen Kulturbundes", dessen Wortführer der bekannte Prof. Lehmann-Hohenberg (Weimar) ist, er hat seine Geschäftsstelle in Heidelberg, Hauptstraße 100, und läßt sein Organ im Verlag Jünger & Co., Heidelberg, erscheinen.

Auf einem Agitationsflugblatt wird zunächst wörtlich folgende Aufklärung über unsere heutigen Irrenanstalten gegeben: „Die Institutionen solcher Anstalten grenzen an die Folter des Mittelalters und das Irrengesetz ist so mangelhaft, daß — ohne Übertreibung — es eine Leichtigkeit ist, einen beliebigen Menschen bei geistiger Gesundheit ins Irrenhaus zu befördern. Es gibt keine hilfsbereiteren Menschen als die Irrenärzte. Ein Teil dieser Menschenfreunde handelt im Fanatismus, im Geschäftseifer; oder in Gedankenlosigkeit, im Stumpfsinn, infolge Überarbeitung. Nicht nur viele zugetragene Fälle, sondern auch ärztliche Autoritäten, selbst solche, welche zur Kategorie der Irrenärzte gehören, bestätigen dieses.

Weil eben die unqualifizierten hilfsbereiten Irrenärzte das Opfer mit bestem Wissen und Gewissen in die Arme schließen, weil die Irrungen solcher Irrenärzte keine Ausnahmefälle bilden, weil die Regierung durch solche Irrenärzte irregeführt, nicht einschreitet, und weil das Opfer, je mehr es sich gegen Vergewaltigungen wehrt — desto kränker gehalten und schließlich unter der Gesellschaft wirklich Geisteskranker, selbst geisteskrank wird, will der Bund für Irrenrechtsreform zur Aufklärung beitragen und nebenbei die empfehlenswerten Anstalten und Ärzte hervorheben."

Unter der Rubrik „Was wir wollen" heißt es dann weiter: „Wir wollen die Spalten unserer Zeitschrift jedermann für gerechte und wahre Sachen öffnen, ob Arzt oder Behörde, ob Kranker oder Gesunder, da wir Geheimnistuerei, Verschleierung und Heuchelei als der Menschen Unwürdigstes verdammen.

Mögen uns gewissenhafte Ratgeber und Mitarbeiter beistehen, unser gemeinnütziges Werk zu fördern, möge das höchste und idealste Ziel der Menschheit: ‚Erkenntnis und Wahrheit' der Leitstern sein, gewissenlose Ärzte und Fanatiker auf dem Gebiete des Irrenwesens dem untrüglichen Buche der Natur näher zu führen, der Leitstern, beeinflußten und irregeführten Behörden den richtigen Weg zu weisen."

Auf welche Art im speziellen der Bund vorzugehen gedenkt, ist am besten aus folgender Verlagsnotiz ersichtlich: „Wahrheitsgetreue und beweisbare Mitteilungen über schlechte Behandlung, ungerechtfertigte Internierungen angeblich Geisteskranker, Entmündigungsangelegenheiten etc., wolle man dem Bunde für Irrenrechts-Reform und Irrenfürsorge zukommen lassen, welcher auch die Drucklegung von Broschüren in Irrensachen in die Hand nimmt."

Man braucht denn auch nur einen Blick in die beiden ersterschienenen Nummern der Zeitschrift zu werfen, um sich in seinen Erwartungen nicht getäuscht zu sehen.

Da ist z. B. ein Artikel aus der Feder des be-



kannten Naturarztes Dr. Bilfinger über „Die Irrenanstalten im Lichte der natürlichen Heilweise", dem ich — zur Kennzeichnung des Tones — nur folgende bezeichnenden Stellen entnehme:

„Jüngste Erfahrungen belehren mich, daß auf diesem Gebiete immer noch greuliche Mißstände vielfach herrschend sind und daß es ein wahrer Augiasstall ist, der durch das Licht, welches die Naturheilkunde schafft, gesäubert werden muß."

„Während ich zwei schwere Fälle von religiösem Wahnsinn innerhalb weniger Wochen durch die natürlichen Anwendungen zur Heilung brachte, endigte ein analoger Fall, der einen sonst gesunden (sic!) Kandidaten der Medizin betraf, in einer Staats-Irrenanstalt mit Blödsinn."

„Ein Student der Forstwissenschaft aus Darmstadt kam wegen akuten Tobsuchtsanfalles in eine Privat-Irrenanstalt. Auf ärztliche Anordnung wurde er sofort nach seiner Einlieferung auf das Zwangsbett aufgeschnallt, so daß er sich nicht mehr rühren konnte und vom Wärter gefüttert werden mußte. Unglücklicherweise verreiste aber am selben Tage der betreffende Abteilungsarzt auf vier Wochen in den Erholungsurlaub, ohne den Kranken vorher gesehen zu haben. Der Wärter machte dem Stellvertreter keine Meldung über den Fall, und so geschah es, daß der arme Student diese vier Wochen ununterbrochen aufgeschnallt blieb und während dieser ganzen Zeit dem Wärter auf Gnade und Ungnade ausgeliefert blieb."

„In einer anderen Privatanstalt geschah es, daß ein junger Mann, der Reserveoffizier und an hochgradiger Nervenerregung erkrankt war, aus Anlaß einer etwas unehrerbietigen Äußerung gegen den Anstaltsdirektor von diesem eigenhändig am Halse gepackt, mit dem Kopfe mehrmals an die Wand gestoßen und dann zirka zwei Monate lang während des Winters in einer ungeheizten Zelle eingeschlossen wurde, während welcher Zeit er nur einigemal vom Arzte Besuch erhielt. Der junge Mann erzählte mir dies . . . persönlich."

B. nimmt sich sodann des Falles der Frau Hegemann-Vorster an, die übrigens auch selbst mit mehreren Broschüren an die Öffentlichkeit getreten ist und selbstverständlich, wie so mancher entlassene Geisteskranke, nie krank gewesen zu sein behauptet.

Zum Schlusse heißt es dann, daß „alle diese Geschehnisse in den Irrenanstalten aufs nachdrücklichste eine gesetzliche Abhilfe erheischen". „Die Naturheilkunde", sagt B., „ist meines Erachtens allein dazu imstande, auch auf diesem Gebiete die richtige Reform herbeizuführen."

Ein weiterer Aufsatz: „Irrenklinik und Regierung oder der Kampf um Recht und Existenz" führt sich ein als „Nachtrag zu der Broschüre: „Zustände in der Heidelberger Universitäts-Irrenklinik" von D. Jusmann." In ihm beschwert sich ein entlassener und offenbar nicht mehr voll erwerbsfähiger Kranker über den Schaden, der ihm aus seiner — natürlich ganz unnötigen — Internierung erwachsen sei. Die angegriffenen Ärzte werden mit Namen genannt.

Ein Artikel: „Das Dauer- oder Deckelbad" verbreitet sich über die Quälerei des „Deckelbades" und sucht, fußend auf einer offenbar weit zurückliegenden Äußerung eines Schweizer Arztes, den Anschein zu erwecken, als ob die — wohl allgemein überwundene — Deckelbadbehandlung noch heute psychiatrische Gepflogenheit sei.

Der Irrenarzt Lomer, der sich unterfangen hat, Jesus Christus von seinem Fachstandpunkt zu betrachten, wird darauf hingewiesen, daß die Psychiater „geistig gesund" und „geisteskrank" nicht zu unterscheiden vermögen, und daß sie die Manie haben, alles für krankhaft anzusehen, ausgenommen — ihr eigenes Gebaren.

Ein Herr A. G. weist auf die Fr. Guttenbergersche Schrift: „Irrenanstalten! Wie sie sind und wie sie sein sollten" hin, in der nicht nur Einschlägiges behandelt wird, sondern auch — wie A. G. empfehlend hervorhebt — Fragen wie: „Gibt es einen Gott? Gibt es eine göttliche Offenbarung? (Selbsterlebtes.) Gibt es eine geistige Welt außer uns? Wer war Jesus Christus? Was sollen wir tun?"

Mit einer Rede von Medizinalrat Dr. Oster-Illenau zugunsten des „Hilfsvereins für entlassene Geisteskranke in Baden" beschäftigt sich ein „Eingesandt" der Zeitschrift. Der Verfasser protestiert dagegen, daß jeder aus einer Anstalt entlassene Nervöse als „entlassener Geisteskranker" bezeichnet werde, und wiederholt einmal wieder die uralte Behauptung, daß nervöse Menschen in der Gesellschaft von Geisteskranken und Verbrechern oft selbst erst geisteskrank würden.

Zum Schluß sei noch ein Artikel erwähnt, der uns den „Irrenhausfolterprozeß des Beuthner Stadtverordneten Lubecki in doppelter Neuauflage" in Aussicht stellt. „Abgesehen von zahlreichen Momenten und Tatsachen," heißt es da, „welche in dem Berliner Prozeß nicht die dringend notwendige Würdigung erfahren haben, oder erst jetzt in beweiskräftiger Form ermittelt worden sind, hat ganz besonders auch das am 22. November 1908, also bald nach Beendigung des Prozesses, in der



Schlesischen Zeitung Nr. 823 veröffentlichte wissenschaftliche Gutachten des Universitätsprofessors Dr. Bonhöffer in Breslau, der Herrn Lubecki ein Jahr nach seiner Entlassung aus der Irrenanstalt ein geistiges Gesundheitsattest ausstellte, auf die Urteilsfähigkeit der modernen Psychiater im allgemeinen und auf den Fall Lubecki im besonderen ein sehr bedenkliches Licht geworfen." —

Doch damit mag es genug der Proben sein. Wenn wir noch erwähnen, daß das Blatt im Reklameteil naturheilkundliche Bücher und irrenarztfeindliche Schriften — es sind meist die alten lieben Bekannten! — anzeigt, so ist das Bild vollständig.

Diese Zeitschrift, der es — siehe Inhalt — trotz des frommen Mäntelchens wohl schwerlich um ernste Mitarbeit am Fortschreiten der praktischen Psychiatrie, sondern ohne Zweifel in erster Linie um Sensation, um eine noch weitere Vergiftung der uns so wie so verkennenden öffentlichen Meinung zu tun ist, diese Zeitschrift erscheint in einer garantierten Auflage von 10000 Exemplaren. Da der Bund eine solche Mitgliederzahl wohl keinesfalls besitzt, kann man sich eine Vorstellung von dem Umfange machen, in welchem der Verlag die Hefte zu Agitationszwecken gegen unseren Stand ausschlachten wird. Es ist also fortan eine Zentralstelle vorhanden, in der sämtliche Schlammströme, in denen man uns ersäufen möchte, sich zusammenfinden, um von da — darüber ist kein Zweifel möglich — ihren Weg in die z. T. nur allzu aufnahmewillige Gesamtpresse zu finden. Kurz: der Gegner hat seine Kräfte zusammengezogen und ist aufmarschiert. Und wir?

Findet man es immer noch nicht an der Zeit, ernstlich an eine wirksame Abwehraktion zu denken? Und was gedenken die Berufenen, ich meine die führenden Persönlichkeiten der deutschen Psychiatrie, gegenüber diesem Stande der Dinge zu tun? — Wollen sie sich nicht bereit finden lassen, die Organisation einer Gegenzentrale nunmehr in die Wege zu leiten? Die Zeit drängt.

Wenn ich mir vor kurzem erlaubte, die Idee eines zu schaffenden psychiatrischen Nachrichtenbüros an dieser Stelle vorzubringen, so war ich mir voll bewußt, daß an diesem Vorschlag keineswegs jeder Punkt unanfechtbar spruchreif sei. Aber ich rechnete: besser ein Vorschlag als kein Vorschlag, besser ein lebendiger Anstoß als ein weiteres Hindämmern!

Und schließlich, wozu haben die deutschen Irrenärzte ihre so ausgezeichnete und so wohlgeleitete Organisation geschaffen, wenn sie ihnen nicht Schild und Schirm sein soll? Wissenschaftliche Vorträge kann man auch anderswo hören oder sie in den Zeitschriften nachlesen; dazu braucht man nicht alljährlich eine weite Reise zu machen. Aber im Falle der Not wie ein Mann zusammenzustehen und böswillige Gegner in ihre Schranken zu weisen, das sollte heute eine würdige und brennende Aufgabe des Deutschen Vereins für Psychiatrie sein, um deretwillen schon allein es sich lohnte ihm anzugehören.

Antipsychiatrische Skizze.

Von Dr. *B. Beyer*, Oberarzt an Dr. Würzburgers Kuranstalten in Bayreuth.

Nachdem am 9. Juli 1892 der bekannte Kreuzzeitungsaufruf zur Reform der Irrengesetzgebung erschienen war, traten am 21. November 1894 „eine Reihe unabhängiger Männer" in Göttingen zu einer Konferenz zusammen, als deren Ergebnis elf Leitsätze aufgestellt wurden (die sogen. „Göttinger Leitsätze"). Diese bewegen sich in denselben Bahnen wie der Aufruf. Man geht also wohl nicht fehl, wenn man annimmt, daß sie eine direkte Folge des letzteren sind. Der Vorsitzende der Konferenz war derselbe Herr v. Oertzen, dessen Bemühungen wir hauptsächlich das Zustandekommen des Aufrufes zu verdanken haben.

Die Konferenzteilnehmer haben nun das richtige Gefühl gehabt — was man sonst im allgemeinen in der antipsychiatrischen Bewegung absolut vermißt —, daß man doch nicht so ohne weiteres die Unzulänglichkeit der heutigen Irrengesetzgebung als gegeben hinstellen dürfe, und haben deshalb die Herren Prof. v. Kirchenheim und Rechtsanwalt Reinartz mit der Begründung der Leitsätze beauftragt.

Der erste derselben lautet: „Es wird zum Ausdruck gebracht, daß in der bisherigen Praxis der Gerichte, der Justiz-, der Verwaltungs- und Medizinalbehörden nicht nur die Fürsorge für die unglücklichen Irren und angeblich Irren außer acht gelassen ist, sondern auch nachweislich ungerechtfertigte Aufnahmen in Irrenanstalten und Entmündigungen und andere grobe Rechtswidrigkeiten vorgekommen sind, ohne daß dagegen eingeschritten worden wäre."



Es ist nun interessant, wie sich die beiden Herren ihrer Aufgabe, diese schweren Anklagen zu beweisen, entledigen.

Den Schwerpunkt haben sie mit Recht auf unrechtmäßige Irrsinnserklärungen verlegt; und der wesentlichste Teil ihrer Schrift („Zur Reform des Irrenrechts") ist deshalb eine Zusammenstellung solcher Fälle.

Sehen wir uns einmal das Material an, von dem die beiden Autoren versichern, daß es „durchaus zuverlässig" sei! Uns interessiert hier in erster Linie die Liste A „Gegen ihren Willen für irrsinnig Erklärte".

Da wird unter Nr. 20 ein Fall Friedrich aus „Bübnitz" in Mecklenburg aufgeführt. — Ein Ort Bübnitz existiert in Mecklenburg überhaupt nicht. Ebenso gibt es keine Irrenanstalt „Sachsenburg", sondern sie heißt Sachsenberg.

Bei Nr. 25 heißt es: „Entflieht aus Wel aus dem Irrenhaus." — Eine Irrenanstalt zu „Wel" gibt es nicht; jedenfalls habe ich eine solchen Namens in Laehr „Die Anstalten für Psychisch-Kranke" etc. von 1907 nicht finden können.

Unter Nr. 26 wird ein M. Herzog aufgeführt, während der Gewährsmann Kuhnle doch von „Christian" Herzog spricht.

Einen Fall „Krembiegel", wie es in Nr. 33 heißt, hat es nie gegeben; soll Krumbiegel heißen.

Lederer (Nr. 36) ist nicht aus „Gradstettin Ost-Scharndorf", sondern aus Geradstetten, OA (d. i. Oberamt) Schorndorf, wie bei Kuhnle zu lesen.

Nr. 50 heißt in Wirklichkeit Schmezer und nicht „Schmerzer", wenn auch Kuhnle Schmerzer schreibt.

Einen Ort „Winterstittenstadt" (Nr. 14) gibt es in Württemberg nicht; soll Winterstettenstadt heißen.

Bei Nr. 53 ist zu lesen „Sepper, Kaufmann zu Bromberg"; muß eigentlich heißen: Supper, Kaufmann zu Leonberg.

Statt „Adolsfurt" hat Kuhnle Adolzfurt geschrieben.

Das sind einige Ungenauigkeiten, die sich mir, ohne daß ich danach suchte, aufgedrängt haben, da ich zufällig württembergische Verhältnisse kenne. Man halte mir nicht vor, daß ich, indem ich diese aufzähle, gegen die Mahnung der Autoren verstoße und mich an „unbedeutende Einzelheiten" klammre! In meinen Augen sind eben diese Einzelheiten, die sich, wenn man danach sucht, vielleicht noch vermehren lassen, gerade charakteristisch für die Oberflächlichkeit, mit der diese Herrn vorgegangen sind. Ganz abgesehen davon, daß die Nachprüfung der Fälle dadurch sehr erschwert wird.

Diese Fehler sind zum Teil dadurch bedingt, daß die Verfasser sich nicht der Mühe unterzogen haben, wenigstens die Kardinalfälle sämtlich an der Hand der einschlägigen Broschüren aus eigener Anschauung kennen zu lernen, sondern sich damit begnügt haben, durch zweite Hand von ihnen zu erfahren. Man sollte doch annehmen, daß sie sich die in Betracht kommenden Schriften im Jahre 1895 mit Leichtigkeit hätten verschaffen können, wenn es mir 1909 ohne große Mühe gelungen ist. So waren z. B. damals schon Ahrens, Beckmann, Brozeit (Bruazis), Draak, Hermann, Morris de Jonge, Krumbiegel, Witte mit eigenen Broschüren auf den Plan getreten (Draak mit sieben!).

Aber nicht einmal die wenigen benutzten Broschüren sind richtig wiedergegeben. So steht bei Nr. 46 unter der Rubrik „Beteiligte Behörden. Allgemeiner Verlauf der Sache" nur: „Schussenried". Kuhnle erwähnt aber, daß R. zuerst nach Kennenburg gebracht wurde, von dort nach Winnenthal und dann erst nach Schussenried. Was hat nun die Verfasser bewogen, die beiden ersten Anstalten einfach wegzulassen? — Die Beantwortung dieser Frage würde die Leser doch auch interessieren!

Kuhnle gibt bei demselben Fall noch folgendes an: „Aus Mißtrauen gegen die Anstaltskost ißt er nur Milch und Weißbrot, dieses Mißtrauen wird ihm als Krankheitssymptom angerechnet." Jeden objektiv denkenden Menschen muß dieses Mißtrauen doch stutzig machen; jedenfalls müßten in ihm Zweifel auftauchen, ob es sich hier um einen „durchaus zuverlässigen" Fall ungerechtfertigter Irrsinnserklärung handelt.

Dagegen lassen unsere beiden Herren aus — nach dem sonstigen Vorgehen derselben — mir unbegreiflichen Gründen einen von Kuhnle noch angeführten und ganz unverfänglich erscheinenden Fall Ziefle fort. Warum?

Bei Nr. 26 steht unter der Rubrik „Grund und Zweck des Verfahrens": „Befreier des Stadtschultheiß". Ist diese Angabe von vornherein schon rätselhaft, so erscheint sie völlig unverständlich, wenn man bei Kuhnle nachliest. Da ist von einer Befreiung des Stadtschultheißen absolut keine Rede!

Unter derselben Rubrik ist bei Nr. 8 „Schädigung durch die Behörden" angegeben. Kuhnles Ausführungen geben uns jedoch ein ganz anderes Bild von der Sache. Nach ihm war B. inhaftiert wegen Mordversuchs auf den Oberbaurat Abel, von dem er sich benachteiligt glaubte, und wurde dann nach Schussenried eingewiesen. Ehrlicher wäre es also ge-



wesen, wenn die Verfasser als Grund: „Mordversuch auf den Oberbaurat Abel" angegeben hätten.

Hätten sie die anderen Originalbroschüren gelesen, dann würden sie auch sonst über die einzelnen Fälle nicht so falsche Angaben gemacht haben. So aber haben sie sich größtenteils auf ihre „durchaus zuverlässigen" Quellen verlassen.

Wir wollen uns auch diese einmal genauer ansehen: Von 73 Fällen verdanken sie 21 den Mitteilungen eines Hauptmann a. D. von Bröcker. Dieser Herr gehört aber selber zu den Fällen „ungerechtfertigter" Irrsinnserklärungen. Falk, Mittenzweig und Siemerling haben begutachtet, daß er an „chronischer Verrücktheit, Verfolgungs- und Querulantenwahn" leide, während drei andere Ärzte nicht dieser Ansicht waren. Es ist nun auffallend, daß K. und R. seinen Namen nicht in ihrer Zusammenstellung anführen. Aus welchem Grunde? Sollte seine Geschichte ihnen nicht bekannt gewesen sein?! Das würde nur wieder illustrieren, wie oberflächlich sie gearbeitet haben. Oder sollten sie etwa gar diesen Fall für nicht ganz einwandsfrei gehalten haben? Wie dem auch sei: Die beiden Machwerke von E. A. Schröder („Das Recht im Irrenwesen" und „Reform des Irrenwesens") werden von ihnen als tendenziös bezeichnet; und wer Bröckers Leistungen („Mordsgedanken" und „Allgemein üblich") gelesen hat, der weiß, daß er ein gelehriger Schüler Schröders ist, der seinen Meister an Skrupellosigkeit manchmal noch übertrifft (er nennt z. B. den verstorbenen allverehrten Geheimrat Zeller-Winnenthal im Anschluß an die Erörterung des Falles Robert Mayer einen „stupiden Burschen"). Wer alles dieses berücksichtigt, der wird mir zustimmen, daß diese Quelle nicht als rein zu bezeichnen und absolut nicht einwandsfrei ist.

Eine Reihe von Fällen ist ferner der Broschüre Düsings entnommen, von der Fr. Kretzschmar, ebenfalls ein Irrenreformer und jedenfalls nicht unser Freund, sagt: „Mehr der buchhändlerischen Spekulation entspringt die Schrift von Dr. Düsing „Künstlicher Irrsinn, eine Warnung vor Irrenanstalten. Leipzig 1894". Sie ist etwas oberflächlich, man sieht die Nachahmung und das Vonaußenkommen, doch vertritt sie den irrenreformerischen Standpunkt."

Wenn man nun ferner bedenkt, daß sie als Quelle auch einige Originalbroschüren solcher Leute benutzen, die selber für geisteskrank erklärt wurden, und unkontrollierte Zeitungsnachrichten (die vielfach auch nur auf Angaben solcher Leute beruhen), daß ihnen jedenfalls nach eigener Angabe kein amtliches Material zu Gebote stand und daß sie es auch nicht für nötig gehalten haben, die Fälle an der Hand von Akten nachzuprüfen, so wird man mir darin recht geben, daß die beiden Herren in durchaus leichtfertiger Weise bei ihrer Zusammenstellung verfahren sind.

Ihre Aufgabe war außerdem nur, eine Begründung zur Reform der deutschen Irrengesetze zu geben; es laufen ihnen aber auch mehrere ausländische Fälle mit unter: Nr. 6. Bellobraidic war in einer Wiener Irrenanstalt, Nr. 25. Hermann ebenfalls in einer österreichischen, von wo er nach Deutschland entfloh, und hier erklärte ihn A. Eulenburg für gesund; Nr. 52 spielt in Wien; von Waldstein (Nr. 71) war Österreicher und wurde in Wien für schwachsinnig erklärt. Ebensogut hätten sie auch französische und englische Fälle heranziehen können.

Ganz eigentümlich ist es auch, daß die Verfasser den letztgenannten Fall unter der Rubrik „Gegen ihren Willen für irrsinnig Erklärte" aufführen. Waldstein wurde nämlich erst nach seinem Tode, als sein Testament angefochten wurde, für schwachsinnig erklärt.

Auch Nr. 41 durfte von ihnen nicht angeführt werden. Oder sollten sie tatsächlich der Anschauung sein, daß dieser Herr Zivilingenieur A. Oe. in seiner Broschüre die Anschauung vertritt, er sei zu Unrecht in einer Anstalt gewesen? Das würde nur beweisen, daß sie die Schrift nicht sorgfältig gelesen haben.

Noch manches könnte man an der Zusammenstellung, deren ganze Form man als tendenziös bezeichnen muß, beanstanden; aber ich denke, das Angeführte wird genügen.

Nur eins noch will ich erwähnen: Kirchenheim hat selber sich im „Zentralblatt für Rechtswissenschaft" über die Fälle Kuhnle und Kurz ausgesprochen. Warum müssen wir aber in der Zusammenstellung den letzteren vermissen, der doch einem der beiden Autoren sicher gut bekannt sein mußte? — —

Kirchenheim ist Professor; von ihm hätten wir eigentlich eine andere Arbeit erwarten sollen. Reinartz freilich kennen wir ja schon zur Genüge aus seiner Stellungnahme zum Fall Feldmann („Geschichte einer Entmündigung").

Jeder objektiv denkende Mensch wird mir nach dem oben Gesagten darin beistimmen, daß man den Versuch einer Begründung der Göttinger Leitsätze zum mindesten als nicht gelungen bezeichnen kann. Damit richtet sich aber auch der Vorgänger derselben, der Kreuzzeitungsaufruf, von selber, denn diesem lag dasselbe Material zugrunde wie den Leitsätzen.



Verwunderlich bleibt nur, daß sich bei den Unterzeichnern des Aufrufes Männer wie v. Treitschke und v. Ihering befinden. Man kann diese Tatsache gar nicht anders erklären als dadurch, daß die einzelnen Broschüren eine so große suggestive Kraft besitzen, daß solche Männer blind und kritiklos alle Angaben derselben als wahr hinnehmen. Und in der Tat habe ich an mir selber bei der Lektüre einiger von diesen Schriften die Beobachtung machen können, daß die Versuchung außerordentlich nahe liegt, den Worten der Schreiber Glauben zu schenken. Wer dann allerdings, wie ich, sich der Mühe unterzogen hätte, die Fälle an der Hand der Akten und Krankengeschichten nachzuprüfen, der hätte sich davon überzeugen können, daß allemal die tatsächlichen Verhältnisse ganz anders aussehen, als wie sie in den Broschüren geschildert werden. Ja es entrollt sich vor unseren Augen dann ein so überraschend anderes Bild, daß man sich manchmal fragen möchte, ob es wirklich ein und derselbe Fall ist.

Aus der Tatsache aber, daß sich so angesehene und durchaus ernst zu nehmende Männer, wie den Kreuzzeitungsaufruf unterzeichnet haben, gewissermaßen auf die Seite unserer Gegner stellen konnten, ergibt sich insofern ein schwerer Vorwurf für uns Psychiater, als wir es versäumt haben, dem Publikum zu rechter Zeit hinreichende Aufklärungen über die in Frage kommenden Fälle zu geben. Die Broschüren sind nicht beschlagnahmt, Beleidigungsklage ist nicht erhoben worden, eine Aufklärung der Presse ist nicht erfolgt, die betreffenden Irrenärzte haben sich im günstigsten Falle darauf beschränkt, in einer Fachzeitschrift zu versichern, daß die und die Zeichen einer geistigen Erkrankung vorgelegen haben: Ja wer will sich da noch wundern, daß selbst ernst denkende Männer durch dieses eigentümliche Verhalten der Psychiater in ihrem Vertrauen zu ihnen wankend wurden!

Es ist doch eigentlich ein Hohn, daß gewisse Broschüren immer noch im Buchhandel vertrieben werden und daß gewisse Zeitschriften, wie der „Rechtshort" und ähnliche, fortgesetzt die gemeinsten Angriffe gegen die Irrenärzte richten dürfen, ohne daß diese zu entsprechenden Gegenmaßregeln schreiten!

Die meisten Psychiater haben tatsächlich keine Ahnung davon, welchen Umfang die antipsychiatrische Bewegung und die auf diesem Gebiete erschienene Literatur schon angenommen hat. Von unseren Gegnern werden fortgesetzt Reichstag und Landtag mit Eingaben bestürmt, und daß diese ihre Wirkung nicht immer verfehlen, haben uns, denke ich, entsprechende Debatten zur Genüge gezeigt.

Es ist wirklich an der Zeit, daß wir einmal, um wenigstens die zukünftigen Angriffe abzuwehren, etwas Gemeinsames unternehmen! Und da wäre wohl die Heranziehung von Journalisten, wie Lomer sie vorschlägt, am meisten zu empfehlen. Dann können wir auch wohl endlich einmal hoffen, daß sich unsere Tagespresse ihre Informationen über die Fortschritte der Irrenpflege nicht, wie bisher manchmal noch, aus Amerika holt.

Ein Besuch der Familienpflegestationen in Fife, der Anstalten Baugour-Village, des Royal Edinburgh Asylum und der Aufnahmsstation in Glasgow für Schottland.

Von Dr. *Anton Hockauf*, Primararzt in Gugging.

(Fortsetzung.)

Montag, am 6. Juli 1908 früh fuhr ich mit dem Expreßzuge nach Glasgow, um mir die Observation Ward (Beobachtungsstation) Schottlands, welche der Inspektor der Stadt Glasgow, Dr. Motion, leitet, zu besichtigen.

Sie ist in einem größeren Spitale untergebracht, wird vom Staate und der Stadt erhalten. Sie besteht aus zwei großen Sälen mit je 25 Betten, mit je einem größeren Separierraum, Badezimmer etc.

Die Krankenzimmer sind groß, geräumig, luftig und licht. Die Betten stehen mit ihren Kopfteilen gegen die breiten Pfeiler, so daß sie vor Zugluft geschützt sind.

Die Kost ist gut, die Behandlung steht auf der Höhe der Zeit. Doch mußte ich auch hier die Beobachtung machen, daß die schottischen Kollegen keine Freunde der prolongierten Bäder sind. Warum, konnte Dr. Motion mir nicht erklären.

Die Beobachtungsstation nimmt die irrsinnsverdächtigen Fälle auf, geradeso wie bei uns.

Am 7. Juli, Dienstag, nachdem ich mich vorher in der Kanzlei der Asylums Office verabschiedet hatte,



fuhr ich nach Morningside, um Professor Cloustons Anstalt, das Royal Edinburgh Asylum zu besuchen.

Es nimmt neben Privatpatienten noch arme Geisteskranke der Orkneyinseln und des Aufnahmsbezirkes Leith auf.

Die Anstalt besteht schon über 100 Jahre und dient dem klinischen Unterricht, den dz. nach dem Rücktritte Professor Cloustons vom Lehramte Professor Dr. Ford Robertson leitet.

Unter seiner Leitung steht auch das jetzt mit dem Royal Asylum verbundene **Laboratorium of the Scottish Asylums.** Das Laboratorium wurde im Jahre 1897 gegründet. In den ersten sieben oder acht Jahren seines Bestandes wurden ausgezeichnete histologische Arbeiten veröffentlicht und wichtige Fortschritte in der Kenntnis der krankhaften Veränderungen des Gehirns und des Nervensystems bei den gestorbenen Irren durch Prof. Dr. Robertson gemacht. Im Jahre 1904 berichtete Prof. Robertson an die Direktion des Laboratoriums, daß seiner Meinung nach eine systematische Untersuchung der chemischen und bakteriologischen Veränderungen bei den Nervenerkrankungen während des Lebens der Kranken zeitgemäß sei. Die Direktoren gingen auf den Vorschlag Dr. Robertsons ein, erlaubten ihm diese schwierigen und komplizierten Forschungen, vermehrten die Erleichterungen der Studien in dem Laboratorium und verlegten dasselbe in die Nähe des Royal Asylum.

Während der letzten vier Jahre der erfolgreichen Tätigkeit Professor Robertsons und seiner Assistenten, welche hauptsächlich den biochemischen und bakteriologischen Nachforschungen gewidmet waren, ist eine große Anzahl wichtiger Veröffentlichungen über seine Forschungen erschienen. In seinem elften Jahresberichte berichtet Prof. Robertson über seine Untersuchungen: „If all the results that could be desired have not yet been achieved, it is not necessarily because success is unattainable, but merely that the field to be covered is vast and that there are limits to the amount of research work that can be done by one or two persons."

Aus der Verbindung dieses Laboratoriums mit den Anstalten, welche ihre Untersuchungen daselbst machen lassen, ergibt sich von selbst die Heranbildung eines tüchtigen Ärztematerials für die Anstalten.

Das Laboratorium wird aus freiwilligen Beiträgen der Anstalten erhalten und von den Commissioners überwacht.

Da nun diese Art der Erhaltung des Laboratoriums für die Zukunft keine volle Sicherheit gewährt, schlagen die Direktoren eine von Staats wegen geregelte Finanzierung — regelmäßige Budgetierung — dieses für die Psychiatrie unentbehrlichen Institutes vor, ein Vorschlag, der alle Aussicht auf Realisierung hat.

Es steht also die Gründung eines Laboratoriums nach den Grundsätzen derjenigen der Londoner und Newyorker Anstalten bevor.

Die Anstalt wurde errichtet, um einem großen medizinischen Bedürfnisse abzuhelfen.

Der Dichter Fergusson starb im Wahnsinn unter den erbärmlichsten Verhältnissen, ohne richtige Behandlung seines Zustandes in der alten Stadt Bedlam im Jahre 1774. Diese Tragödie erweckte die Sympathie des größten medizinischen Philanthropen Dr. Duncan von Edinburg, welcher schrieb: „Meiner Meinung nach vermag nichts unser Mitleid in dem Maße zu erregen, als wenn wir sehen, daß ein Mann von Genie in geistige Umnachtung verfällt." Geleitet von diesem rein humanen Motto schrieb er als President of the Royal College of Physicians im Jahre 1792 seinen Aufruf zur Errichtung einer Irrenanstalt in der Umgebung der Stadt Edinburg.

Über diese Anregung traten nun der Lord Provost und der Stadtrat von Edinburg zusammen und lenkten die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf diesen Gegenstand.

Es wurde der Body of Trustees (Kuratorium) ernannt, welcher durch Aufklärung des Volkes die Bewilligung zur Eröffnung einer Subskription sich verschaffte. Diesem Kuratorium gehörten die Spitzen der Behörden an. Im Jahre 1806 erwarb das Kuratorium käuflich den zum East House gehörigen Grundbesitz. Im Jahre 1807 erhielt es vom Parlament den Betrag von 2000 £ (= 48000 K.).

Am 11. April 1807 wurde dem Unternehmen die kgl. Vollmacht verliehen, der am 2. Mai desselben Jahres das Privilegium der Inkorporation (Charter of incorporation) folgte.

Die Pläne des Gebäudes entwarf der Architekt Mr. Reid, am 8. Juni 1809 wurde der Grundstein gelegt, und am 19. Juni 1813 wurde das Institut für die Patienten eröffnet.

1837 beschlossen die Direktoren, das Institut bedeutend zu erweitern, um auch Pauper Lunatics aufnehmen zu können, „die nur kleine Beiträge für ihre Verköstigung und Pflege entrichten könnten". Sie errichteten auf den West House-Gründen das gegenwärtige West House.

Im Jahre 1840 ernannten die Manager Dr. Mackinnon zum Primararzt (First Physician Superintendent), welcher als Mann des Fortschrittes mit voller Begeisterung für sein Werk eintrat. Im Jahre 1841 wurde die Königin Viktoria die Patron of the Insti-



tution und verlieh demselben den Namen: Royal Edinburgh Asylum. Im Jahre 1842 wurde das West House eröffnet.

Im Jahre 1844 wurde mit der Stadt Edinburg ein Vertrag abgeschlossen, wonach alle armen Geisteskranken in die Anstalt aufgenommen werden sollten. Auch wurden in den Board of Managers Vertreter der Stadt Edinburg entsendet.

Nach dem 1846 eingetretenen Tode des Dr. Mackinnon wurde Dr. Skae zum Superintendenten der Anstalt ernannt, welches Amt er 27 Jahre bekleidete. Im Jahre 1857 wurde durch den Act of Parliament 14 und 15 Vict. cap. 106 die Verwaltung der Anstalt endgültig geregelt. Im Jahre 1857 wurde von dem Lord Advocate Mr. Mancrieff der Lunacy Act for Scotland vorgelegt und nach Berichterstattung der Royal Commission betreffend die bei der Irrenpflege außerhalb der Anstalt vorgekommenen Mißbräuche nach langer Debatte genehmigt. Es wurden nun die Commissioners of Lunacy eingesetzt und die Administration für die Obsorge und Behandlung der Geisteskranken wurde genau vorgeschrieben. 1873 wurde F. S. Clouston Superintendent des Royal Asylum, welches er am 1. Juli 1908 wegen hohen Alters verließ. An seine Stelle trat Prof. Dr. Robertson, welcher durch seine Forschungen über Paralyse wohlbekannt ist.

Im Jahre 1877 wurde das Craig House Gut erworben, weil das East House ganz unzulänglich geworden war.

Das West House mußte indessen fast gänzlich rekonstruiert und das East House vorläufig erweitert und für bessere Patienten eingerichtet werden.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Die Wahrheit über die Irrenanstalten** lautet der Titel einer soeben erschienenen Schrift*) von G. Lomer. Dieselbe gibt nach einleitenden Bemerkungen über das Vorurteil gegen die Irrenanstalten und nach kurzem Rückblick auf die Behandlung der Geisteskranken in früheren Zeiten eine populär gehaltene vorzügliche Schilderung des Anstaltsbetriebes und des Anstaltslebens in der Gegenwart.

Angesichts der gegenwärtig gegen die Anstalten gerichteten Angriffe sollte nicht versäumt werden, durch Besprechung dieser sehr nützlichen Schrift in der kleinen und großen Tagespresse Aufklärung über Irrenanstalten in die weitesten Kreise zu tragen.

*) Verlag J. F. Bergmann, Wiesbaden.

Personalnachrichten.

— **Schlesien.** Verliehen der Rote Adlerorden IV. Kl. dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, Geh. San.-Rat Dr. Zander in Rybnik. — Versetzt: Abteilungsarzt Przewodnik von Leubus nach Tost. Oberarzt Dr. Fuchs von Kreuzburg und Abteilungsarzt Dr. Kunze von Rybnik, beide nach Leubus. — Eingetreten als Assistenzarzt in Leubus: Dr. Sombold aus Mörchingen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 32. 30. Oktober **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Klerikale Einflüsse im belgischen Irrenwesen, mit einem Ausblick auf deutsche Verhältnisse. Von Dr. G. Lomer, Blankenhain bei Weimar. (S. 281.) — Ein Besuch der Familienpflegestationen in Fife, der Anstalten Baugour-Village des Royal Edinburgh Asylum und der Aufnahmsstation in Glasgow für Schottland. Von Dr. Anton Hockauf, Primararzt in Gugging. (Schluß.) (S. 285.) — Mitteilungen (S. 286): Beschwerderecht der Geisteskranken in den Anstalten Hamburgs. Ein Gesetz über die Fürsorge für Geisteskranke in Oesterreich. Ein Geisteskranker, der Gesunde übertölpelt. — Referate (S. 287). — Personalnachrichten (S. 288).

Klerikale Einflüsse im belgischen Irrenwesen, mit einem Ausblick auf deutsche Verhältnisse.

Von Dr. *Georg Lomer*, Blankenhain bei Weimar.

Wer etwa der Meinung sein sollte, daß eine zeitgemäße Unterbringung und Behandlung der Irren gemeinsames Kennzeichen sämtlicher europäischen Kulturländer sei, der irrt. Es scheint, daß man nur einen Blick in die Verwaltung und den inneren Betrieb der geistlichen Anstalten in Italien, Portugal oder — Belgien zu tun braucht, um von diesem europäischen Optimismus gründlichst geheilt zu werden.

Vielleicht ist es von Interesse, heute einmal Belgien herauszugreifen und schon deshalb in die Nöte gerade seines Irrenwesens hineinzuleuchten, weil es unser unmittelbarer Grenznachbar ist.

Nach Kirchhoff befand sich das belgische Irrenwesen bis 1835 in jammervollem Zustande. „Bis dahin hatte man die Kranken gleich wilden Tieren behandelt, und in zahlreichen Städten wurden diese Unglücklichen an den Wenigstfordernden verdungen. — Die Folgen dieses Systems waren entsetzliche Mißhandlungen der Kranken, von denen manche jahrelang angekettet und unter Verschluß gehalten wurden."

Auf das energische Betreiben Guislains setzte die Regierung endlich 1841 eine Untersuchungskommission ein, welche denn auch feststellte, daß in 33 von 37 Anstalten etwa 3000 Kranke an Unternehmer ausgeliefert waren und man für manche Kranke für ein ganzes Jahr nur 25 Fr. Erhaltungskosten bezahlte; in neun Anstalten waren noch Ketten in Mode. Wie gering leider der Erfolg der damals voll Eifer begonnenen Reformbewegung anzuschlagen ist, wird sich im folgenden ergeben.

Die Zahl der belgischen Kranken hat sich in den Jahren 1883 bis 1905 von 8763 auf 16944 vermehrt, also nahezu verdoppelt, gegenüber einer Volksvermehrung um nur etwa ein Viertel. Das ist alles andere als ein natürliches Verhältnis. Speziell in der Zehnjahrsperiode 1890 bis 1900 stieg die Bevölkerungsziffer um $10^1/_4$, die Zahl der Geisteskranken jedoch um 35%!

Von dieser bedeutenden Krankenzahl nun ist noch nicht einmal ein Drittel in Staatsanstalten untergebracht, — ganz entgegen dem Gebrauch in anderen zivilisierten Staaten. Belgien besitzt — nach Bresler*) — überhaupt nur zwei Staatsanstalten — Mons und Tournai —, eine staatliche Kolonie (Gheel), eine provinzielle Kolonie (Lierneux), sechs Anstalten, die zu Hospizen gehören, und — 48 Privatanstalten.

Weit über zwei Drittel der mittellosen belgischen Kranken sind also der privaten Spekulation mit all ihren Gefahren für das öffentliche Wohl ausgeliefert. Gefahren, welche sich nur da einschränken, wo auch der Privatunternehmer sich seiner schweren Verantwortung gegenüber der Allgemeinheit bewußt ist und nicht die Rentabilität seines Geschäftes allen anderen Rücksichten voranstellt.

„Die Privatanstalten", sagt Pándy**), „gehören in Belgien geistlichen Orden, von denen ein Teil uns kaum dem Namen nach bekannt ist: Célestins, Soeurs Maricoles, Norbertiner, Benedektiner und die nach Zolas Buche nicht gerade christlichen ‚guten Hirten', weiterhin Alexianer, Ordensbrüder des St. Nicolaus usw." Dieser Umstand hat den Geist der Rück-

*) Dr. Bresler, Bericht über den gegenwärtigen Stand des Irrenwesens, erstattet auf dem III. Internationalen Kongreß für Irrenpflege. Wien, Oktober 1908. Kommissionsverlag C. Marhold, Halle a. S.

**) Pándy, Die Irrenfürsorge in Europa. Gg. Reimer, 1908. S. 268.



ständigkeit verschuldet, der heute in belgischen Anstalten die Regel ist. Unter dem Vorgeben, sich der unglücklichen Kranken anzunehmen, machen die frommen Anstaltsbesitzer aus der öffentlichen Irrenpflege ein Geschäft, das ihnen eine Jahresrente von — nach Bresler — einer Million Franken abwirft.

Diese Dinge sind in Belgien selbst seit Jahrzehnten öffentlich bekannt, die Zeitungen sprechen ganz unumwunden davon. „Der Geist der Barmherzigkeit", heißt es in „La Flandre libérale", vom 18. August d. Js., „kommt unaufhörlich mit dem Interesse der Anstaltsbesitzer in Konflikt. Es handelt sich um gewaltige industrielle Unternehmungen, organisiert unter dem Deckmantel der christlichen Liebe. Und die Regierung ist mitschuldig an ihrer Habgier." Und weiter: „Die geistlichen Orden, die nach ihrer Behauptung vom erhabensten christlichen Gefühl geleitet sind, suchen sich lediglich zu bereichern und der toten Hand noch mehr Vorschub zu leisten." Allein dieser Umstand ist schuld, daß die belgischen Anstalten fast durchgehends noch heute auf einer Entwicklungsstufe stehen, die im übrigen zivilisierten Europa bereits seit über einem halben Jahrhundert überwunden ist.

Natürlich bestreiten die Anstalten selbst energisch jede materielle Tendenz. Aber ab und zu fällt auf den Unterschied von Sein und Schein doch einmal ein überraschendes Licht. „Eine schlecht eingerichtete Anstalt mit 100 Betten," so erzählt Pándy, „welche alle Klagen über die schlechte Behandlung der Kranken mit der Motivierung abwies, daß keine Mittel vorhanden seien, brannte ab, und in der Kasse der Anstalt wurden Wertpapiere im Betrage von $1\frac{1}{2}$ Millionen vorgefunden."

Auf dem Kongreß von Antwerpen, vor einigen Jahren, erklärte — nach demselben Autor — der Pater Amadée Stockmann, „daß die Erhaltung von Irrenanstalten für den Orden eine große Last sei, deren sie sich gern entledigen möchten, da die Einkünfte so minimal seien, daß dadurch kaum die Zinsen des investierten riesigen Kapitals gedeckt werden könnten." „Hierbei bleibt ganz unerklärlich," sagt P., „wie trotzdem die neueren, Millionen verschlingenden Ordensanstalten entstehen können."

Es ist wohl klar, daß derartige Ersparnisse nur auf Kosten der „verpflegten" und „behandelten" Kranken erzielt werden können, d. h. die Verpflegung kann nicht anders als miserabel, die ärztliche Versorgung nicht anders wie fragwürdig sein. Bezüglich der ersteren sei erwähnt, daß die eigennützigen Ersparnisse der Anstalt von einem Verpflegungssatze erzielt werden, der — nach Bresler — meist noch nicht einmal 1,40 Franken pro Kopf und Tag erreicht. Die Stellung der Ärzte vollends ist geradezu erbarmungswürdig. „Während fast in sämtlichen Anstalten der ganzen Welt", sagte kürzlich der Abgeordnete Camille de Bast in einer Senatsrede, „der Arzt der Anstaltsleiter ist, seinem Pflegepersonal selbst befiehlt und alle dem größtmöglichen Wohle der Kranken dienlichen Maßnahmen treffen kann, steht er bei uns zu Lande unter der Botmäßigkeit des Eigentümers oder Direktors der Anstalt. Wenn nun aber der Arzt nicht frei, nicht uninteressiert ist, wenn er weder Macht- noch freie Redebefugnis hat, so ist der Kranke wehrlos demjenigen oder denjenigen ausgeliefert, welche von seiner Ausbeutung den Nutzen haben: er wird zum Ertragsobjekt."

So ist denn der Arzt an diesen Anstalten vielfach zum bloßen Popanz herabgewürdigt. Hierfür noch ein paar spezielle Belege.

Außer in den beiden Staats- und noch vier weiteren Anstalten wohnen die Ärzte außerhalb der Anstalt. Nachts ist keiner von ihnen in der Anstalt anwesend. Ein Chefarzt wohnt sogar 40 km (!) von seiner Anstalt entfernt. Mehrfach vorgekommen ist es, daß Ärzte ohne spezielle psychiatrische Ausbildung zu Chefärzten ernannt wurden. Diese Ärzte werden nach der Zahl der Kranken honoriert, so daß sie an der Höhe der Krankenziffer ein direktes pekuniäres Interesse haben.

Von den Assistenzärzten, die übrigens der Chefarzt bezahlt, werden nur ganz minimale Leistungen verlangt. „Manche", sagt Bresler, „gehen nur dreimal wöchentlich in die Anstalt und jedesmal nur auf 30 bis 40 Minuten." Von einem noch so bescheidenen wissenschaftlichen Leben kann da natürlich nicht die Rede sein. „Die Gestaltung der Beköstigung, die Bekleidung, die Bettlagerung, die Hygiene, die Ökonomie ist dem ärztlichen Einfluß entzogen. Der letztere fehlt sogar bei der Auswahl und Anstellung des Pflegepersonals. Selbst bei den Staatsanstalten müssen die ärztlichen Direktoren dasjenige Personal annehmen, das ihnen die Korporationen zuschicken." Im ganzen spielt hier das geistliche Element eine unheilvolle Rolle. Es liegt offenbar nicht im Interesse der geistlichen Pflegebrüder und -schwestern, daß ein wohlausgebildetes Laienpersonal in das Räderwerk dieser minderwertigen Betriebe hineinsieht und den religiösen Krankenwärtern den Vorrang streitig macht. Die Folge ist, daß möglichst wenige und möglichst untüchtige Pfleger eingestellt werden. Gibt es doch sogar Anstalten, wo zwei Drittel des Personals völlige Laien sind, die von Irrenpflege keine



Ahnung haben! Was den Arzt angeht, so wird er oft weder von der Ernennung noch von Ein- und Austritt des Personals überhaupt benachrichtigt. Ebensowenig von Krankenverlegungen von einer Abteilung auf die andere.

Verordnet er Dauerbäder oder feuchte Wicklungen, so kommt es vor, daß er die Antwort erhält, das Personal habe keine Zeit. Unter diesen Umständen wird von den veralteten Gewaltmitteln, wie Zwangsjacke, Fesselung usw., noch andauernd reichlich Gebrauch gemacht. Zwar gibt es überall Register über die in jedem Falle angewendeten Zwangsmittel. Doch besteht der begründete Verdacht, daß diese Register in Wirklichkeit lange nicht alle vorkommenden Fälle von Zwangsanwendung angeben. Solche Zwangsanwendung findet nach Lwoff*) im ganzen noch bei 40 v. H. sämtlicher Kranken statt.

Der Arzt kann gegen alle diese Mißstände wenig oder nichts tun. Tritt er für gute Beköstigung der Kranken ein, verschreibt er — nach Ansicht des Eigentümers — zu teuere Medikamente, nun, so wird der Vertrag mit ihm, wenn abgelaufen, nicht wieder erneuert. Neuerdings sind selbst Chefärzte nur auf eine Zeitdauer von fünf Jahren angestellt worden**), lediglich um eine bessere Handhabe zu ihrer Maßregelung zu haben, wenn sie — als Ärzte handeln. Die Bequemlichkeit des Personals, der Profit der Unternehmer stehen nun einmal höher als das Wohl der ihnen anvertrauten Kranken.

Unter all dieser unerhörten Rückständigkeit bietet Belgien nur einen — freilich um so helleren — Lichtblick, das ist das System der freien Familienpflege, wie es in Gheel und Lierneux zu einer bewundernswerten Vollendung gediehen ist. Die Vorzüge dieses Systems liegen bekanntlich in den besseren Heilungs- und Besserungsaussichten, die es gewissen Kranken bietet, sowie in den geringeren Gesamtkosten, die es dem Staate macht. Es ist also klar, daß der Staat ein bedeutendes Interesse daran hat, möglichst viele geeignete Kranke in jene Familienkolonien zu überführen. Ebenso klar aber ists auch, daß das Interesse der Anstaltsbesitzer in entgegengesetzter Richtung läuft, indem es ihnen darauf ankommen muß, die Kranken solange als irgend möglich in ihren geschlossenen Anstalten zurückzuhalten, um sie möglichst lange und ausgiebig zum Besten des eigenen Säckels ausschlachten zu können.

So ist es denn ein doppelt ungünstiges Zeichen,

*) Zitiert bei Pándy.

**) Nach der Bemerkung von Dr. Boulanger auf dem Wiener Kongreß.

wenn diese Krankenüberführung in die Familienkolonien neuerdings einen merklichen Rückgang erfahren hat. Schon in den Jahren 1902 bis 1904 sandten die Anstalten nur noch 124 Kranke nach Gheel, obwohl nach der Äußerung Sachverständiger mindestens ein Viertel aller Anstaltskranken für die Vorteile der Familienpflege reif und geeignet gewesen wäre. In den letzten fünf Jahren vollends ist aber, wie belgische Blätter klagen, eine wahre Entvölkerung Gheels eingetreten. Eine Entvölkerung, die zweifellos mit dem verstärkten Hervortreten klerikaler Tendenzen und einer damit Hand in Hand gehenden Begünstigung der Privatanstalten in innerem Zusammenhange steht. „So ist kürzlich“, wie C. de Bast in seiner Rede*) hervorhob, „eine Geschichte in einer Anstalt passiert, deren Direktor ein ‚Barmherziger Bruder‘ (Frère de Charité) ist, während der Chefarzt als Irrenspezialist gilt, der ein Herz für seine Kranken hat. Dieser, ein großer Anhänger des Familienpflegeprinzips, schickte die sich eignenden Kranken, sobald es sich ohne Gefahr tun ließ, nach Gheel oder Lierneux. Da nun dies die Einkünfte der ‚Barmherzigen Brüder‘ verminderte, so verbot der Direktor dem Chefarzt, die Kranken zu jeder Tages- und Nachtzeit, wie er es für gut hielt, zu besuchen, und entzog ihm, um ihn zur respektvollen Befolgung seiner Befehle anzuhalten, — die Türschlüssel.“ (!)

Wo so der Arzt behandelt wird, wagt natürlich auch kein Kranker sich auszusprechen oder gar über irgend etwas zu beschweren.

Diese oben erwähnten klerikalisierenden Tendenzen treten übrigens auch in anderen Richtungen hervor. So berichtet ein Gewährsmann der „L'Indépendance belge“ (31. Juli 1909), man habe die armen holländischen Kranken ausgesperrt, indem man nach Holland Zirkulare des Inhalts schickte, daß man in Gheel keinen Platz mehr habe. „Und man hat mir versichert,“ fügt der Berichterstatter hinzu, „daß religiöse Fragen auf diese Aussperrung nicht ganz einflußlos gewesen sind.“**) „Schließlich laufen noch Gerüchte um,“ heißt es in demselben Aufsatz, „wonach die politische Meinung der Pfleger (in Gheel) für die Verteilung der Kranken in Betracht kommt, und daß Leute, die sonst als sehr sauber, moralisch und gutartig bekannt sind, seit Jahren auf einen Kranken warten.“

Wenn man als Außenstehender von all diesen Mißständen hört und liest, so fragt man sich unwillkürlich, ob denn keine gesetzliche Handhabe vor-

*) Vergl. oben.

**) Die Holländer sind bekanntlich vorwiegend evangelisch.



handen ist, mit der man solchen Unwürdigkeiten ein Ende bereiten kann. Und in der Tat, Belgien hat schon seit 1850 sein Irrengesetz, modifiziert durch die Bestimmungen von 1873 und 1874. Dieses Gesetz ist, trotz mancher Mängel, an sich ganz brauchbar, aber es steht bis heute im wesentlichen — auf dem Papier. Es schreibt beispielsweise vor, daß bei mehr als 150 Kranken auch ein (!) Hilfsarzt vorhanden sein muß: In Wirklichkeit existiert ein solcher vielfach nur in effigie. Es nimmt die Regelung der Gehaltsbezahlung in Aussicht: dieselbe läßt noch heute (!) auf sich warten. Und was dergleichen Dinge mehr sind.

Nun ist die Erkenntnis, daß diese Zustände im Kern faul sind, zwar längst an die leitenden Stellen gedrungen — ich erwähne nach Bresler nur die Minister Lejeune und Begerem —, Abgeordnete und Gouverneure haben sich der Sache angenommen und die völlige Verstaatlichung des Irrenwesens gefordert, der ganze irrenärztliche Stand, soweit er in Belgien unabhängig urteilen darf, hat sich mit heiligem Eifer für eine Gesamtreform des belgischen Irrenwesens eingesetzt, — wenn es trotzdem noch nicht anders geworden ist, so liegen die Widerstände eben bei jenen Elementen, welche auch in anderen Ländern dem gesunden Fortschritt in die Radspeichen zu fallen lieben, — bei den Klerikalen mit ihrem schier allmächtigen Anhang. Der gute Wille des Ministers scheint dazu verurteilt, zwischen ihrem Einfluß und seiner eigenen besseren Einsicht einen ständigen Eiertanz zu vollführen, der die Ernsthaftigkeit der ministeriellen Reformbestrebungen nicht gerade im besten Lichte erscheinen läßt.

Um darzutun, bis zu welchem Grade tatsächlich der Minister klerikalen Einflüssen ausgesetzt ist, sei hier ein Beispiel aus der jüngsten Zeit angeführt.

Dem Minister waren von der Aufsichtsbehörde Berichte zugegangen, laut welchen seitens der Mehrzahl der Irrenanstalten die gesetzlichen Vorschriften bezüglich stabiler Nachtwachen keineswegs in hinreichender Weise beobachtet wurden. Darauf sandte der Minister den Anstalten am 24. März 1908 folgende Zirkularnote:

„Herr Direktor!

Mir zugehende Berichte stellen fest, daß der Artikel 28 des Reglements vom 1. Juni 1874, betreffend den inneren Dienst bei der Einrichtung stabiler Nachtwachen, in der Mehrzahl der Irrenanstalten nicht beachtet wird.

Die nächtliche Überwachung ist in der Hauptsache Wärtern überlassen, welche in der Nähe der Schlafsäle schlafen. Sie besteht außerdem in einer mehr oder weniger häufig erscheinenden Nachtronde.

Dieses System, welches augenscheinlich eine ständige Überwachung gewährleisten soll, ist, wie die Erfahrung verschiedentlich gelehrt hat, nicht geeignet, Zwischenfällen vorzubeugen.

Ich ersuche Sie infolgedessen, für den inneren Dienst bei der Einrichtung stabiler Nachtwachen die notwendigen Maßnahmen zu treffen, insbesondere auf der Beobachtungsabteilung, im Lazarett und auf der Abteilung für Unruhige.

Der Dienst ist dem gewöhnlichen Wartepersonal anzuvertrauen und nicht eigens zu diesem Behufe angenommenen Wärtern.

Es empfiehlt sich, zugleich die Einrichtung einer Nachtronde, wie sie bereits tatsächlich existiert, beizubehalten.

Der Justizminister: Renkin."

„Als dieses Zirkular ankam," so berichtet uns ein belgischer Psychiater, „gab es, allem Anschein nach, eine allgemeine Unzufriedenheit. Ich persönlich habe an die Superiorin, welche die Wärterinnen zu stellen hat, die schriftliche Aufforderung gerichtet, eine Äußerung auf dieses Zirkular an mich gelangen zu lassen, da ich wissen wollte, wie sie den Dienst einzurichten gedächte. Sie hat mir niemals geantwortet.

Eine Anstalt kenne ich sogar, wo der Direktor dieses Zirkular nicht einmal dem Chefarzt mitgeteilt hat, der dann natürlich keinerlei Anstalten zur Verbesserung des Nachtdienstes getroffen hat."

Es hat nun den Anschein, als hätten die Anstaltsbesitzer sich inzwischen mit dem Minister auf irgendeinem Wege persönlich in Verbindung gesetzt. Denn ein paar Monate später, am 2. September 1908, kam plötzlich das folgende wesentlich anders lautende Zirkular an die Direktoren zur Versendung:

„Herr Direktor!

Im Hinblick darauf, daß die Vorschriften vom 24. März d. Js. über die Einrichtung einer Dauerwache in den Irrenanstalten mit dem gewöhnlichen Wartpersonal, wenigstens in den drei Hauptabteilungen jeder Anstalt, in ihrer praktischen Durchführung ernsten Schwierigkeiten begegnen würden, habe ich beschlossen, dieselbe durch folgende Vorschriften zu ersetzen:

Jede Anstalt für arme Geisteskranke soll eine Sonderabteilung besitzen, wo von Fall zu Fall, während der Nacht und ständig bewacht, die Kranken unterzubringen sind, welche besonderer Pflege und besonders eingehender Überwachung bedürfen. Bei Beachtung dieser Vorschrift jedoch ist es, bezüglich



der anderen Abteilungen, nicht zweifelhaft, daß die Nachtwache, so wie sie tatsächlich in den meisten Anstalten schon eingerichtet ist: Eine Person, die in einem an jeden Schlafsaal stoßenden Zimmer wacht oder doch schläft, und eine die belegten Abteilungen passierende Ronde, — als hinreichend betrachtet werden kann.

Dabei ist es von Wichtigkeit, daß die Ronde wenigstens alle Stunde wiederkommt, daß die in ihrem Zimmerchen befindlichen Wachpersonen einen Überblick über die ganze Ausdehnung des Schlafsaales haben, und daß dieser daher während der ganzen Nacht erleuchtet ist.

Bietet sich Gelegenheit, den Wachdienst einem gewählten und dem gewöhnlichen Wartpersonal vorzuziehenden Personal zu übertragen, so steht dem Zurückgreifen auf solche besonderen Kräfte nichts entgegen, falls diese mit dem Dienst in Irrenanstalten ausreichend Bescheid wissen.

Der Minister: Renkin."

Diese Kautschukbestimmungen bedeuten, das steht fest, einen Rückzug des Ministers auf der ganzen Linie. Unser Gewährsmann fügt folgende beißende Kritik hinzu, die hier gekürzt wiedergegeben sei.

„1. Während der Minister im ersten Zirkular versichert, daß die Dauernachtwache in den meisten Anstalten nicht eingehalten wird, wagt er das im zweiten nicht mehr zu sagen.

2. Während er im ersten tadelt, daß die Nachtwache Wärtern überlassen ist, die in den Schlafsälen schlafen, gibt er im zweiten die Erlaubnis, daß die Wärter wachen, während sie schlafen. Aber damit sie auch gut wachen können, während sie schlafen, ist es erforderlich, daß — um ihnen einen Überblick über den ganzen Schlafsaal zu gewähren — dieser während der Nacht erleuchtet sei!!

3. Die Nachtwache soll alle Stunden durchgehen! Wieviel Zeit braucht ein Kranker, um Selbstmord zu begehen? Wenn ein Kranker auch nur eine Minute nach Verschwinden der Wache seine Anfälle bekommt, — wer wird ihn hören, da doch der Wärter in seinem Zimmer schläft? Oder ein Kranker hat eingenäßt oder sein Bett mit Kot beschmutzt! Oder einen anderen geschlagen! Oder ihm wird übel, er bekommt plötzlich Erbrechen usw.?!

(4. und 5. sind wenig belangreich.)

6. Wenn die Direktion einen besonderen Wärter nehmen will, so kann sie es, falls er genügend im Irrendienst beschlagen ist. Wer wird über die Fähigkeiten dieses Wärters urteilen? Der Vorsteher? Von einem Diplom ist nirgends die Rede. Und was kann dieser Sonderwärter tun, der nur alle Stunde in die Schlafräume kommt!? Ich habe einen gekannt, dessen Fähigkeit damit erschöpft war, daß er einen Wärter weckte, wenn er eine Unregelmäßigkeit zu bemerken glaubte."

„Diese beiden Zirkularnoten", bemerkt unser Gewährsmann zum Schluß, „bilden den besten Beweis für die Macht der Klöster in Belgien. Der Minister hört mehr auf sie als auf die Ärzte."

Nach allem oben berichteten wird man kaum umhin können, sich dieser für Belgiens Irrenwesen, ja für seinen gesamten Kulturstandpunkt so schwerwiegenden und bedenklichen Erkenntnis anzuschließen. Auch muß man, schon im allgemein-europäischen Interesse, voll und ganz Bresler zustimmen, wenn er — in Übereinstimmung mit den auf dem Wiener Kongreß erschienenen belgischen Kollegen — sich zu der Ansicht bekennt, „der Internationale Kongreß sollte sich bei seiner jedesmaligen Wiederkehr zum eindringlichen und nachhaltigen Echo der Klagen der belgischen Irrenärzte machen so lange, bis die belgische Irrenpflege nach modernen Grundsätzen reformiert ist."

(Schluß folgt.)

Ein Besuch der Familienpflegestationen in Fife, der Anstalten Baugour-Village, des Royal Edinburgh Asylum und der Aufnahmsstation in Glasgow für Schottland.

Von Dr. *Anton Hockauf*, Primararzt in Gugging.

(Schluß).

Für den Ankauf der Gründe, die Erbauung und Rekonstruktion von Gebäuden wurden in den hundert Jahren 370000 £ verausgabt. Die jährlichen Einnahmen für Privatpatienten sind von 12500 auf 38000 £ gestiegen. Die Zahl der Bediensteten ist in diesem Zeitraume von 128 auf 269 Mitglieder angewachsen.

Der Patron der Anstalt ist der König von England.

Verwaltet wird die Anstalt von einem Board of Managers (Direktorenkomitee), dem ein Präsident vorsteht und das jährlich in der Generalversammlung seinen spezifizierten Bericht über die Anstalt vorlegt.

Außerdem besteht the Charity Committee of the managers, welches die Unterstützungsfonds verwaltet



und am Ende jedes Jahres über seine Tätigkeit berichtet.

Der Medical-Board der Anstalt besteht aus dem Präsidenten of the Royal College of physicians und Royal college of surgeons und drei Mitgliedern.

Es bestehen vier Standing Committees, und zwar: das Visiting Committee, das Law Committee, das Finance Committee und das Charity and Bevan Fund Committee, deren Funktionen schon durch ihre Namen erklärt sind.

Die Anstalt leitet und repräsentiert nach außen der First Physician Superintendent, welcher ein Gehalt von 2000 Pfunden = 48000 Kr. bezieht.

Ihm zur Seite stehen vier Assistenten und ein pathologischer Anatom. Außerdem sind noch in der Anstalt wohnende Volontärärzte bestellt. Ein Arzt kommt auf 128 Kranke.

In der Anstalt wirken fünf Matronen oder Oberpflegerinnen. Eine Pflegeperson kommt auf neun Kranke. Der Dienst, die Schulung, die Prüfungen, die dienstfreie Zeit, die Urlaube und die Bezahlung sind so wie überall in England.

Die Anstalt wird regelmäßig von den staatlichen Commissioners of Lunacy in allen ihren Teilen inspiziert, worüber diese genau berichten.

Sie ist schön gelegen, hat einen großen Park, der gut gepflegt wird.

Die innere Einrichtung ist elegant, sehr komfortabel.

Werkstätten für Schneider, Schuster, Schmiede, Tapezierer, Drucker, Monteure und Zinnschmiede, Tischler, Zimmerleute, Maurer, Ziegeldecker, Glaser etc. bieten den männlichen und die Näh- und Strickstuben den weiblichen Kranken genug Gelegenheit zu nützlicher Arbeit. Der jährliche Ertrag dieser weiblichen Arbeiten für 1906 betrug 406 £ 2. 8. oder 9746 Kronen 80 Heller.

45 % der Kranken wurden zur Arbeit herangezogen, ein Zeichen, daß die Arbeitstherapie bei der freien Behandlung sehr gepflegt wird. 45 % der Kranken besuchten den Gottesdienst, 260 Kranke die Unterhaltungen.

Beschränkungen und Abschließungen kommen nur selten vor, werden genau in Evidenz gehalten.

Die Behandlung und Beköstigung ist die eines hervorragenden klinischen Spitales, in welchem die ersten Autoritäten der Psychiatrie wirken.

Es waren nach dem letzten mir zur Verfügung stehenden Anstalts-Berichte für das Jahr 1906

	M.	W.	Z.
am 31. 12. 05 verblieben	419	465	884
Aufgenommen im Jahre 1906 wurden:			
1. Aufnahme	126	171	297
wiederholte Aufnahme	43	45	88
Zusammen:	588	681	1269
Entlassen wurden als geheilt	33	55	88
„ „ „ gebessert . .	108	48	156
„ „ „ ungebessert . .	32	16	48
Gestorben	55	85	140
Also verblieben am 31. XII. 1906:	360	477	837

Große Verdienste um die Anstalt hat der am 30. VI. 08 wegen hohen Alters zurückgetretene Dr. Clouston, welcher neben den Bürden seines Lehramtes immer noch Zeit genug fand, in Wort und Schrift unablässig den Sinn der intelligenten schottischen Bevölkerung für Wohlfahrtswesen und Gesundheitspflege wachzuerhalten.

Sein Endziel war die Kreiierung eines Sanitätsministeriums (Ministery of Health), für das er besonders als President of the Royal College of Physicians im Jahre 1903 in seinem Read „Haw they might develop a health conscience“ eintrat.

Befriedigt über die bei den schottischen Kollegen, welchen ich für ihre mir erwiesenen freundschaftlichen Dienste bei meinem Besuche in ihren Anstalten hier meinen verbindlichsten Dank sage, aufgewendete Zeit ging ich an Bord der Oceana, welche uns bei ruhiger See und dem herrlichsten Wetter nach Island, dem eisigen Fels im Meer, und dann nach Spitzbergen brachte, wo wir in der Adventbai mitten in einem Gletscher-Panorama das herrliche Schauspiel der Mitternachtssonne genossen.

Mitteilungen.

— **Beschwerderecht der Geisteskranken in den Anstalten Hamburgs.** Seit langen Jahren besteht hierselbst ein Streit über die Mitwirkung von Laien in der Irrenpflege. Die Bürgerschaft hat sich in den neunziger Jahren wiederholt dafür erklärt, daß eine aus Ärzten und Laien bestehende Aufsichtskommission für das Irrenwesen gebildet werde. Schließlich hat die Bürgerschaft dies bei der Beratung der Medizinalordnung im Jahre 1899 auch durchgesetzt. Der Senat stand der Sache an sich ablehnend gegenüber, da er aber auf das Zustandekommen der Medizinalordnung großen Wert legte, so gab er in dieser Frage nach. Seither hat es aber auf ärztlicher Seite an Bestrebungen nicht gefehlt, diese Kommission wieder zu beseitigen. Deshalb legte der Senat im vorigen Jahre der Bürgerschaft einen Antrag vor, durch

welchen eine wesentliche Aufgabe der Kommission, die Entgegennahme von Beschwerden der Anstaltsinsassen, beseitigt werden sollte. Der Antrag wurde damit begründet, daß die Existenz des Beschwerderechtes auf den Geisteszustand der Kranken ungünstig einwirke. Dieser Antrag fand jedoch in der Bürgerschaft keine günstige Aufnahme. Von ärztlicher Seite wurde ihm gegenüber der Standpunkt vertreten, daß oft gerade durch die Beschwerden, ganz abgesehen von deren sonstiger Bedeutung, dem Arzte wertvolle Fingerzeige für das Leiden des Kranken gegeben werden. Die Bürgerschaft beriet die Vorlage lange in einem Ausschusse, lehnte sie aber schließlich mit geringer Mehrheit im Plenum ab. Jetzt ist in der Bürgerschaft von dem Abgeordneten Dr. Wolffson abermals der Antrag gestellt worden, das Beschwerderecht der Irren an die Kommission zu beseitigen und damit die Laienkommission in ihrer Bedeutung wesentlich einzuschränken. Dafür sollen die Anstaltsinsassen das Recht erhalten, ihre Beschwerden direkt an das Medizinalkollegium zu richten. Aber dieses soll befugt sein, die Beschwerden der vorgesetzten Verwaltungsbehörde der Insassen zur Entscheidung zu überweisen. Wahrscheinlich wird diese Überweisung der regelmäßige Weg der Erledigung der Beschwerden werden. In der Bürgerschaft wird es voraussichtlich über diesen Antrag von neuem zu grundsätzlichen Verhandlungen über die Mitwirkung der Laien in der Irrenpflege kommen.

(Weser-Zeitung, Bremen, 13. Okt. 1909.)

— **Ein Gesetz über die Fürsorge für Geisteskranke in Österreich.** Im Ministerium des Innern wurde unter Benutzung der eingeholten Gutachten von Fachmännern, die praktisch in der Irrenpflege tätig sind, nach Anhörung des obersten Sanitätsrates der Entwurf eines Gesetzes betreffend die Fürsorge für Geisteskranke ausgearbeitet. Bei dem besonderen Interesse, das die autonomen Landesbehörden, in deren Verwaltung die öffentlichen Irrenanstalten dermalen stehen, an dieser Gesetzesvorlage haben werden, hat das Ministerium des Innern veranlaßt, daß vor Einbringung der Gesetzesvorlage im Reichsrat den Landesausschüssen Gelegenheit gegeben werde, sich über diesen Gesetzentwurf gutachtlich zu äußern.

— **Ein Geisteskranker, der Gesunde übertölpelt.** Vor dem Kölner Schöffengericht hatte sich der berühmteste Wahrsager der Welt, Heinrich Bettermann aus Broich (Kreis Mülheim a. d. Ruhr), wegen Betruges zu verantworten. Seit dem Jahre 1907 beschäftigte er sich mit Wahrsagerei in großem Maßstabe, anfangs als Phrenologe, in letzter Zeit als Astrologe. Bettermann hat in deutschen Städten nicht weniger als siebzig Filialen und zahlreiche im Auslande.

Der Angeklagte behauptete, er habe die Begabung, aus den Sternen zu lesen und sagen zu können, was in der Zukunft geschehen werde. Sein Zuspruch war enorm. Selbst Angehörige der besten Gesellschaftskreise gehörten zu seinen Kunden. In mancher Familie hat er durch seine Wahrsagerei Unheil angerichtet. In 175 Fällen war gegen Bettermann Anzeige wegen Betruges erstattet worden. Aus den Filialen wurden Berichte nach Köln zu Bettermann gesandt, der alsdann den „Blick in die Zukunft" enthüllte, wobei ein gewisser Schmidt aus Magdeburg ihm Beihilfe leistete. In Vertretung Bettermanns weissagte Schmidt den Leuten und malte ihnen die Zukunft fast immer rosig aus.

Professor Dr. Aschaffenburg hatte den Angeklagten auf seinen Geisteszustand untersucht und erklärte, daß er für seine Handlungen nicht verantwortlich sei, obgleich er sich geäußert hatte: „Wenn die Leute so dumm sind, so sehe ich nicht ein, warum ich dies nicht ausnutzen soll." Das Gericht kam bei Bettermann auf Grund des Gutachtens zum Freispruch. Schmidt wurde zu zwei Monaten Gefängnis verurteilt.

Referate.

— Sauer, Karl, Kgl. Landgerichtsrat, Das Eheschließungs- und Ehescheidungsrecht, unter Berücksichtigung des Haager Internationalen Privatrechtabkommens vom 12. Juni 1902. München, Berlin, J. Schweitzer Verlag (Arthur Sellier), 1909.

In einem 778 Seiten starken Band wird eine auch den Irrenarzt nahe berührende rechtliche Materie abgehandelt. Vor allem § 1327: Nichtigkeit der Ehe wegen Geschäftsunfähigkeit, § 1335: Anfechtbarkeit der Ehe wegen Irrtums, und § 1569: Scheidung wegen Geisteskrankheit müssen das psychiatrische Interesse erwecken. Mit tiefer Gründlichkeit ist die Genese des § 1569 BGB. dargelegt, ebenso wie auch die Judikatur und die Praxis der psychiatrischen Begutachtung eingehend erörtert wird. Es ist ungemein fesselnd zu sehen, wie sehr die gesetzlichen Bestimmungen von Gesichtspunkten aus aufgestellt wurden, die mehr auf allgemeinen, ziemlich vagen Begriffen, als auf Kenntnis der tatsächlichen Krankheitserscheinungen zurückgingen; vor allem der unklare Begriff des „geistigen Todes" hat eine wenig glückliche Rolle gespielt. Im ganzen scheint die Rechtsprechung im Laufe der nunmehr fast zehnjährigen Gültigkeit des Bürgerlichen Gesetzbuches doch mehr das wirkliche Leben zu berücksichtigen und in der Anwendung des § 1569 die an sich durchaus ratsame Vorsicht nicht mehr geradezu zu übertreiben.

Für die objektive, exakte Darstellung des komplizierten Stoffes wird man auch psychiatrischerseits dem Autor Dank wissen. Weygandt.

— Tomaschny, Über myxödematöse Hautveränderung als Parallelvorgang bei manisch-depressiver Psychose. Neurol. Centralblatt, 1909, S. 187 ff.

Bei einer manisch-depressiven Patientin beobachtete Verf. in den Depressionszuständen an der unteren Gesichtshälfte bes. an den Lippen polsterartige, derbe Schwellungen in Haut und Unterhautzellgewebe und Volumenzunahme an Schultern und Hüften. Die Schilddrüse ließ sich abtasten. Schilddrüsentabletten schienen ohne Erfolg zu sein. Nach Ausbildung der manischen Erregung pflegte das Myxödem zu schwinden. — Die Veröffentlichung ist mit Rücksicht auf die Depressionszustände im myxödematösen Irresein von besonderem Interesse. G. Ilberg.



— Pándy, Die Irrenfürsorge in Europa. Eine vergleichende Studie. Deutsche Ausgabe von H. Engelken. Berlin, Reimer, 1908. 596 S.

Den Inhalt des mit 50 Abbildungen ausgestatteten Buches bildet im wesentlichen der Bericht über eine Studienreise, welche P. 1903 im nördlichen und westlichen Europa auszuführen hatte, hierzu kommen frühere Reiseerfahrungen und die Ergebnisse ausgedehnter literarischer Studien über Geschichte und gegenwärtige Organisation des Irrenwesens in den verschiedenen Ländern. Der zwanglos erzählende, daher auch öfters Nebensächliches erwähnende Stil des Reiseberichts ist bei der Darstellung beibehalten. Wenn das Buch auch nicht in allen Teilen (vergl. den Abschnitt Deutschland) einen „Querschnitt" des Irrenwesens gibt, wie dies der vorangehende Prospekt hervorhob, sondern mehr gute Stichproben, so enthält es doch in allem eine wertvolle größere Sammlung von Beschreibungen und Tatsachen, aus welchen mancherlei Anregungen gewonnen werden können.

Mercklin.

Personalnachrichten.

— **Königreich Württemberg.** Oberarzt Dr. Wiehl an der Kgl. Heilanstalt Schussenried der Dienstaustritt gewährt (Mai 1909).

Dr. Gutekunst, Assistenzarzt an der Kgl. Heilanstalt Weinsberg, zum Oberarzt an der Kgl. Heilanstalt Zwiefalten ernannt (Juli 1909).

Dr. Sayler, Assistenzarzt an der Kgl. Heilanstalt Weinsberg, Titel und Rang eines Kgl. Oberarztes verliehen (Juli 1909).

Dr. Wolfskehl eine Assistenzarztstelle an der Kgl. Heilanstalt Weinsberg übertragen (Sept. 1909).

Familiennachrichten.

Dr. Waldemar Eicke, Anstaltsarzt an der Berliner städt. Irrenanstalt Buch, verlobt mit Frl. Charlotte Claus (Berlin).

Von der Heizung von Heilanstalten handelt eine kleine Broschüre, welche die Firma Strebelwerk G. m. b. H., Mannheim, herausgegeben hat. Nach einleitenden Bemerkungen über die Bedeutung der richtigen Heizung für die Krankenpflege und Therapie heißt es: Die Warmwasser- und die Niederdruckdampfheizung sind bei sachgemäßer Anlage nach dem einstimmigen Urteil der ersten Autoritäten auf dem Gebiete der Hygiene das beste, was die Technik gegenwärtig zu bieten vermag.

„Der Versuch, Heizung und Ventilation mit einander zu verbinden durch Anlage sogenannter Feuer-Luftheizung, wie er ab und zu immer wieder gemacht wird, hat vielleicht auf den ersten Blick etwas Bestechendes, muß jedoch bei näherer Überlegung, namentlich in Rücksicht auf die in der Praxis gemachten schlechten Erfahrungen, als unzweckmäßig zurückgewiesen werden. Bei den meisten, namentlich den französischen und amerikanischen Luftheizungssystemen wird nämlich die den Zimmern zuzuführende Frischluft vorher an einem eisernen Ofen von außerordentlich hoher Wandungstemperatur erwärmt. Die heiße, oft glühende Fläche dieses Zentralofens versengt den in der zu erwärmenden Frischluft enthaltenen organischen Staub, wobei ätzende Dämpfe entstehen, die natürlich mit der Luft den Zimmern zugeführt werden, so daß die Atmungsorgane und Schleimhäute der Insassen eine starke Reizung erleiden. Gesunde merken das vielleicht weniger, für Kranke kann eine solche Anlage zur Qual werden.

Allerdings wird neben einer guten und verläßlichen Heizungsanlage in den meisten Fällen sich auch die Einrichtung einer Lüftungsanlage empfehlen, aber diese wird dann richtigerweise nicht zwangsläufig mit der Heizungsanlage verbunden, schon deshalb nicht, weil das Bedürfnis nach Lüftung erfahrungsgemäß in den heißen Monaten, wo die Heizung außer Betrieb ist, am stärksten auftritt. Man wird häufig lüften wollen, ohne zu heizen und umgekehrt.

Nach allem kommt für Heilanstalten die Warmwasserheizung (bei räumlich kleineren) und die Niederdruckdampfheizung (für größere Gebäude) allein in Frage. Sie bieten den Vorteil eines sicheren, leicht zu regelnden und sehr billigen Betriebes, wodurch die etwas höheren Herstellungskosten rasch wieder eingebracht werden. Bei ihnen hat der Ingenieur bezw. der Arzt die größte Freiheit bezüglich der Aufstellung und Verteilung der jedem Raum zuzuweisenden Heizflächen (z. B. am Fenster zum Schutz gegen Zug) und sie bieten auch die Möglichkeit, an den Heizkörpern Wäsche, Bettstücke oder dergleichen zu wärmen. Dabei sei noch daran erinnert, daß sich mit den oben genannten Heizsystemen sehr leicht eine Warmwasserversorgung verbinden läßt, die es u. a. gestattet, jederzeit ohne irgendwelche Vorbereitung beliebig temperierte Bäder zu bereiten, ein für Heilanstalten nicht hoch genug anzuschlagender Vorteil.

Wesentlich ist natürlich, daß die Anlage selbst von geübten und erfahrenen Fachleuten hergestellt ist, und zwar mit dem besten Material, was die Technik bietet. Jede Betriebsstörung kann Menschenleben gefährden, sie muß daher nach Möglichkeit ausgeschlossen werden durch sorgfältige Arbeit mit bestem, ausgewähltem Material. Das gilt sowohl für die Heizkörper wie die Rohrleitungen, vor allem aber für die Seele der ganzen Anlage, den Kessel, dem als Zentralofen die Aufgabe zuteil wird, die benötigte Wärme zu erzeugen. Weil er meist in irgendeinem Kellerraum, fern vom allgemeinen Verkehr, steht, wird er mit Unrecht viel zu wenig beachtet. Seine Qualität und Leistungsfähigkeit ist aber für die gute Funktion der ganzen Anlage von ausschlaggebender Bedeutung.

Bezüglich der Systemfrage selbst sind heute die Ansichten der Fachleute geklärt. Für Warmwasser- und Niederdruckdampfanlagen werden jetzt fast ausschließlich gußeiserne Gliederkessel verwendet, die in ihren besten Konstruktionen mit dem Vorzug geringer Raumbeanspruchung und billiger Aufstellung den Vorteil einer ganz vorzüglichen Ausnützung des Brennmaterials verbinden und sehr wenig Bedienung bedürfen. Die bekannteste, verbreitetste und bestdurchdachte Konstruktion rührt von J. Strebel her, die danach hergestellten Kessel führen den Namen „Original-Strebel-Kessel". Sie stehen, was Einfachheit der Bedienung, Dauerbrand (die Nacht hindurch), Verläßlichkeit und Haltbarkeit anlangt, unzweifelhaft an der Spitze, nicht zum wenigsten deshalb, weil es der mit ihrer Herstellung ausschließlich beschäftigten Spezialfabrik in jahrelanger Arbeit gelungen ist, der zweckmäßigen, einfachen Konstruktion ganz vorzügliche, einfache und zuverlässige Fabrikationsmethoden anzupassen. In Qualität des Eisens, Güte des Gusses und Sorgfältigkeit der Prüfung kann der Strebelkessel jedenfalls nicht übertroffen werden. In einem derartigen Kessel können mit Hilfe einer Bürste die Züge einfach und leicht ohne Beschmutzung gereinigt werden, während das Feuer voll im Gang ist. An sich sind derartige Reinigungen bei Verwendung guten Brennmaterials, von dem vor allem Koks wegen seines langen Dauerbrandes in Frage kommt, natürlich nur sehr selten nötig. Die tägliche Bedienung beschränkt sich auf das Nachfüllen von Brennmaterial, Lockern (Schüren) des Feuers und Herausnehmen der Asche.

Zahlreiche Heilanstalten, von kleineren Privatkliniken an bis zu den größten Krankenhäusern, sind durchweg in der im vorstehenden geschilderten Weise mit Warmwasserheizung bezw. Niederdruckdampfheizung mit Original-Strebelkesselbetrieb ausgestattet."

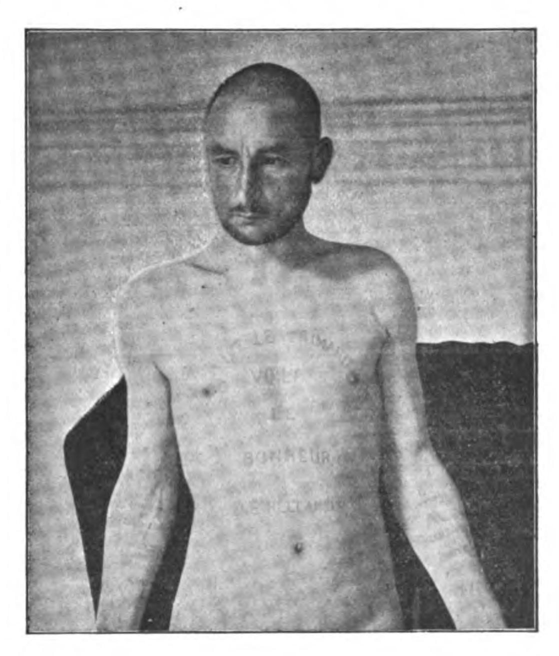
Bresler.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S

Beiblatt zu
Nr. 32 der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift
30. Oktober 1909.
Red.: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz, Schlesien.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Liste unbekannter Geisteskranker. Nr. 54.

Der nachstehend Abgebildete wird für Rechnung des Rheinischen Landarmenverbandes in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Andernach verpflegt. Er gibt über seine Familien- und Aufenthaltsverhältnisse keine Auskunft.



Er ist tätowiert:
1. Auf der Brust: Vive le Trimard voilà le Bonheur le Réclameur.
2. Auf dem rechten Arm: Bonheur ou Malheur, Mort aux Vaches.
3. Auf dem linken Arm: B Souvenir 1894 M 1898 Marche ou crève.

Es wird gebeten, Angaben, die zur Ermittelung der Person des Kranken und seines Vorlebens dienen können, an den Landeshauptmann der Rheinprovinz in Düsseldorf gelangen zu lassen.




Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 33. 6. November 1909/10.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Klerikale Einflüsse im belgischen Irrenwesen, mit einem Ausblick auf deutsche Verhältnisse. Von Dr. G. Lomer, Blankenhain bei Weimar. (Schluß.) (S. 289.) — The eighteenth Annual Report für das Berichtsjahr 1905/06 der State Kommission in Lunacy des Staates New-York. Von Primararzt Dr. Anton Hockauf, Gugging, Niederösterreich. (Mit einer Beilage: Baupläne von Geo L. Heins, Staatsarchitekt). (S. 291.) — Mitteilungen (S. 296): Neue Landes-irrenanstalt für die Provinz Brandenburg. — Referate (S. 296).

Klerikale Einflüsse im belgischen Irrenwesen, mit einem Ausblick auf deutsche Verhältnisse.

Von Dr. *Georg Lomer*, Blankenhain bei Weimar.

(Schluß.)

Der deutsche Psychiater, der mit schier ungläubiger Entrüstung unseren Bericht über die verfahrenen Zustände in Belgien verfolgte, hat deshalb nun aber nicht etwa das Recht, anzunehmen, daß „bei uns so etwas, Gott sei Dank, ganz unmöglich" sei, und daß das Schiff der deutschen Psychiatrie heute bereits in jeder Richtung freie Fahrt habe. Dem ist leider nicht so. Ich erinnere nur an die bei uns vielfach übliche Unterbringung von Kommunalkranken in Privatanstalten, welche schon öfters die öffentliche Meinung lebhaft beschäftigt hat.

So brachte die „Königsberger Hartungsche Zeitung" in ihrer Morgenausgabe vom 21. November 1902, also bereits vor sieben Jahren, einen lesenswerten Aufsatz über „die ‚Exkommunizierung' von Geisteskranken und Geistesschwachen", welcher den Stand der Dinge recht gut beleuchtet und dessen wesentlicher Teil, seines allgemeinen Interesses wegen, in extenso hierher gesetzt sei.

Das Blatt ließ sich, wie es heißt von einem angesehenen Irrenarzte, das folgende schreiben:

Der infolge Überfüllung der öffentlichen Anstalten eingebürgerte Brauch, der kommunalen Armenfürsorge anheimgefallene Geisteskranke und Geistesschwache, bei denen die Unterbringung in eine Anstalt erforderlich, zum Teil an (nicht minder überbelegte) Privatinstitute zu überweisen — man nennt dies scherzweise „Exkommunizierung" —, ist wiederholt Gegenstand kritischer Erörterung gewesen. Im folgenden möge er, weil für unsere Provinz von aktuellstem Interesse, einmal vom administrativen Standpunkt beleuchtet werden. Einzelne öffentliche Verwaltungen haben sich bei ihren Verträgen mit Privatanstalten besondere Rechte (Genehmigung des Etats, Kassenrevisionen usw.) ausgemacht. Aber auch damit wird die Kontrolle über die Verwendung der öffentlichen Gelder keine vollständige; sie müßte sich namentlich auf die Lieferungen, auf das Inventar usw. erstrecken. Es liegt ein unverständlicher Kontrast darin, daß die Verwaltungen in ihren eigenen Betrieben und bei ihren eigenen Beamten die peinlichste Kontrolle ausüben, z. B. auch Kautionen fordern, während man bei fremden Personen auf Garantien glaubt mehr oder weniger verzichten zu können. Wer einigermaßen Einblick in die Details einer großen Anstaltsverwaltung hat, weiß, welche hohe Summen kleine Nachlässigkeiten in Beköstigung, Bekleidung u. dergl. im Laufe eines Jahres ausmachen, und wie leicht sich solche selbst bei voller Fides der Beamten einschleichen können. Bei einer Anstalt von 500 Köpfen gehen durch eine ungehörige Ausgabe von nur einem Pfennig pro Kopf und Tag im Jahre 1825 M. verloren.

Verwaltungen eng begrenzten Umfanges, bei denen also das Avancement der Beamten ein äußerst langsames, ja, gewöhnlich erst nach Pensionierung oder Ableben eines Angestellten möglich ist, müßten eigentlich jede Gelegenheit, die Zahl der Stellen zu erhöhen, im Interesse ihrer Funktionäre mit Freuden begrüßen, anstatt solche Existenzvorteile fernstehenden Personen zukommen zu lassen. Schon um Versetzungen von Beamten im dienstlichen oder disziplinaren Interesse vornehmen zu können, müssen sie diese Gelegenheit ergreifen; denn gewähren in dieser Beziehung die Verhältnisse keinen genügenden Spielraum, so muß die Verwaltung Beamte, die lediglich aus persönlichen Gründen nicht zueinander passen, aber dienstlich tüchtig sind, entweder bis zur Unerträglichkeit aufeinander herumhacken lassen oder einen davon aus dem Dienst entfernen, was leider schon vielfach vorgekommen ist. Wenn nun gar durch anderweitige gesetzliche Bestimmungen die Vermehrung der Beamtenstellen als Nebenzweck bequem zu erreichen ist (in diesem Falle durch Erbauung eigener Anstalten für die Provinzialpfleglinge), so kann die Außerachtlassung dieses Nebenzwecks nur lebhaft bedauert werden. Da auch Militäranwärter auf gewisse Stellungen bei den öffentlichen Verwaltungen Anrecht haben, so dürfte die Militärver-



waltung Anlaß haben, sich für diese Dinge zu interessieren. — Daß die Unterbringung der Provinzialpfleglinge in Privatanstalten billiger ist als in eigenen, d. h. Provinzialanstalten, und daß die Kranken beider Konfessionen in paritätischen (öffentlichen) Anstalten wegen ihres Bekenntnisses in Unfrieden leben, sind leider Behauptungen, die nicht den Tatsachen entsprechen. Daß sich natürlich katholische Kranke in einer von einem evangelischen Geistlichen geleiteten und spezifisch evangelischen Anstalt nicht heimisch fühlen, wird ihnen kein Mensch verdenken!

Mehrere Verwaltungen kommen von diesem fragwürdigen System, wenn man das überhaupt System nennen darf, jetzt schon ganz ab. So hebt z. B. der Bericht des Brandenburgischen Provinzialausschusses pro 1901 hervor, daß man dort nur noch eine ganz geringe Zahl von Kranken in Privatanstalten habe, „denn an und für sich halten wir nach wie vor an dem Grundsatz fest, daß die schwierige und verantwortungsvolle öffentlich-rechtliche Pflicht der eigentlichen Irrenfürsorge grundsätzlich nicht durch Überweisung Kranker an Privatanstalten erfüllt werden darf." In gleicher Weise äußert sich Geh. Med.-Rat Professor Dr. Moeli in seinem Bericht an den Berliner Magistrat 1902.

Nach Moelis Ansicht ist die Versorgung aller Kommunalkranken der Stadt Berlin in eigenen Anstalten dem jetzigen Zustande (d. h. der Unterbringung eines Teils derselben in Privatanstalten) zweifellos in jeder Hinsicht vorzuziehen und müsse als Aufgabe der Stadt ins Auge gefaßt werden. — Hingegen scheint man hier und da, diese öffentlich-rechtliche Pflicht mit zweifelhaften, ebenso provisorischen wie wenig weitsichtigen Maßregeln umgehend, für die geschilderten privaten, speziell Genossenschaftsanstalten kirchlichen Charakters eine ganz besondere Vorliebe zu entwickeln, die schon jetzt recht verzwickte Verhältnisse zeitigt. Das Bestreben, diesen Zweig der öffentlichen Fürsorge von konfessionellen Rücksichten irgendwie abhängig zu machen, überhaupt das konfessionelle Moment hineinzutragen, hat zur Folge, daß 1. den Kranken derjenigen Konfession, welche in einem doppeltkonfessionellen Lande in der Minderheit oder vorwiegend in den ärmeren Volksklassen vertreten ist, eine geringere Fürsorge zuteil würde, und daß 2. wenn, wie es übrigens wirklich der Fall, Kranke der einen Konfession in Spitälern der anderen Aufnahme finden, jene Kranke Bekehrungsversuchen ausgesetzt sind, und zwar unter solchen Umständen, d. h. bei geistesschwachen Individuen, gewöhnlich mit bestem Erfolg. Die schönste und edelste Humanität ist jedenfalls die, welche rein „menschlich" bleibt und sich von kirchlichen Mitteln wie Zwecken fernhält, und wenn diese Humanität nun gar, wie jetzt durch Gesetz vom 11. Juli 1891 die öffentliche Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Geistesschwache, gesetzlich geregelt, d. h. in die Bahn objektiver Behandlung gelenkt ist, so erübrigt sich jede Mitwirkung, welche dabei noch eigene Interessen verfolgt.

In dieser Verbindung ist es angezeigt, auch auf einen anderen fühlbaren Mißstand mahnend hinzuweisen, das ist die äußerst mangelhafte Versorgung der jugendlichen Geisteskranken und Epileptischen bei uns zu Lande.

„Die weitaus überwiegende Mehrheit der jugendlichen Kranksinnigen und Epileptiker", sagte Konrad Alt in seinem vortrefflichen Referat vom 22. April 1909*), „ist in Deutschland zurzeit in nicht psychiatrisch geleiteten, vielfach nicht einmal psychiatrisch beratenen Anstalten untergebracht, und selbst in Preußen ist trotz des Gesetzes vom 11. Juli 1891 infolge des rückschrittlichen Ergänzungserlasses vom 20. April 1896 diesen Kranken psychiatrische Behandlung und Überwachung durchaus nicht gesichert."

Mit dem erwähnten Ergänzungserlaß hat es folgende Bewandtnis. „Bereits vor Erlaß des Gesetzes befand sich schon ein gut Teil der damals noch nicht anstaltspflegeberechtigten jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten in privaten, hauptsächlich von der Charitas beider christlichen Konfessionen eingerichteten und vielfach mit öffentlichen Zuschüssen unterhaltenen Wohltätigkeitsanstalten**), denen für ihre segensreiche Vorarbeit und werkfreudige Nächstenliebe der Dank aller Menschenfreunde gebührt." Leider nur stellte sich allmählich heraus, daß diese Anstalten in völlig unzulänglicher Weise mit alle dem ausgestattet waren, dessen sie zu eigentlich wirkungsvoller Tätigkeit benötigt hätten. „Seminaristisch durchgebildete, vollwertige Lehrkräfte", sagt Alt, „waren nur vereinzelt verwendet. Schultechnik und Methodik waren durchaus nicht einheitlich und planmäßig geregelt; Auswendiglernen und Hersagen von Sprüchen, Erklärungen und Erzählungen, zumeist dem Religionsgebiet entnommen, wurden vielfach einseitig auf Kosten anderer Verstandesübungen bevorzugt. Die hygienischen Einrichtungen vieler dieser Anstalten ... ließen fast durchweg viel zu wünschen übrig. Infektionskrankheiten aller Art, insbesondere Tuberkulose und Ruhr rafften einen großen Teil der Insassen dahin und zeitigten sehr hohe Sterblichkeitsziffern. Überhaupt war die ärztliche Fürsorge in den weitaus meisten Anstalten für die jugendlichen Epileptiker und Idioten anfangs der neunziger Jahre in Deutschland durchweg unzureichend, und vollends an genügender psychiatrischer Beeinflussung der Behandlung und Pflege dieser Kranken mangelte es so gut wie überall."

*) Erstattet auf der Jahresversammlung des „Deutschen Vereins für Psychiatrie" in Köln im Auftrage der Kommission für Idiotenforschung und -fürsorge unter der Bezeichnung „Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranker, Epileptiker und Idioten in gemeinsamer Anstalt". Vergl. auch Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 66, H. 3—4.

**) Ich nenne nur die Bodelschwinghsche Anstalt Bethel-Bielefeld, die heute von nicht weniger als vier Provinzen (Rheinland, Westfalen, Hannover, Schleswig-Holstein) mit Kranken beschickt wird.



Erst nachdem der „Deutsche Verein für Psychiatrie" in seiner Jahresversammlung vom 25. bis 26. Mai 1893 zu Frankfurt a. M. sich zum Anwalt für die Einführung zeitgemäßer Reformen gemacht, erfolgte am 20. September 1895 für Preußen jener Ministerialerlaß, welcher — nach Moeli — „den fachmännisch genügend ausgebildeten und von der höheren Verwaltungsbehörde zu bestätigenden Arzt in den Mittelpunkt auch der nicht im Besitz von Ärzten befindlichen Privatanstalten stellt."

Dieser Erlaß bedeutete einen gewaltigen Fortschritt, „der in seiner segensreichen Wirkung", wie Alt sich ausdrückt, „nur dadurch starke Einbuße erlitt, daß in den Schluß- und Übergangsbestimmungen für die bereits an den Privatanstalten tätigen Ärzte Dispens von dem Nachweis der geforderten Vorbildung vorgesehen wurde."

„In bezug auf die Anstalten für jugendliche Kranke vollends", fährt Alt fort, „wurde der von dem Erlaß erhoffte Segen so gut wie ganz wieder aufgehoben durch einen Ergänzungserlaß der gleichen Ministerien*) vom 24. April 1896 des Inhaltes, die Regierungspräsidenten seien zu ermächtigen, „für bereits bestehende Pflegeanstalten von der Forderung einer psychiatrischen Vorbildung des Arztes überhaupt abzusehen, wenn die Anstalten vorzugsweise jugendliche Idioten und Epileptische aufnehmen und es mit besonderer Schwierigkeit verbunden sein dürfte, einen in dieser Weise vorgebildeten Arzt zu beschaffen."

*) Gemeinsamer Erlaß der Ministerien des Kultus, des Innern und der Justiz.

Dieser Erlaß wirft selbstverständlich das ganze Reformgesetz über den Haufen, und zwar gerade dort, wo es am dringlichsten gebraucht wird. Weiß doch jeder Fachkenner, „wie gerade bei den jugendlichen Idioten und Epileptikern die intensive aber auch dankbare Arbeit des Psychiaters erforderlich und unentbehrlich ist" (Alt).

Hier wartet unser also noch ein ganz bedeutendes, ungemein wichtiges Arbeitsfeld. Es gilt, die jugendlichen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten endlich vollzählig dorthin zu bringen, wo sie hingehören, in die Hand des Arztes; mag dies nun durch Vergrößerung der vorhandenen Staatsanstalten geschehen, was zweifellos am meisten zu empfehlen wäre, oder durch eine staatlich zu erzwingende bessere Ärzte-Versorgung der entsprechenden Privatanstalten.

Ohne Kämpfe wird das selbstverständlich nicht abgehen. Es gibt auch bei uns interessierte Kreise, denen an der Erhaltung des augenblicklichen Status quo recht sehr gelegen ist. Ehe wir also auf belgische Zustände allzu laut schelten, sollten wir im eigenen Lande ganze Arbeit machen und überall solche Verhältnisse schaffen helfen, die eines modernen Staates würdig sind.

The eighteenth Annual Report für das Berichtsjahr 1905/06 der State Commission in Lunacy des Staates New-York.

Von Primararzt Dr. *Anton Hockauf*, Gugging, Niederösterreich.

In: The eighteenth Annual Report für das Berichtsjahr 1905 bis 1906 teilt die State Commission in Lunacy des Staates New-York mit, daß in den 13 Staats-, 25 Privatirrenanstalten und in den zwei Anstalten für verbrecherische Irre und irre Verbrecher am 1. Oktober 1906 28302 Personen verpflegt wurden, und zwar:

In den 13 Staatsirrenanstalten	26357
In den beiden Anstalten für irre Verbrecher in Matteawan und Dannemora	960
In den 25 Privatanstalten	985

Gegen die 27408 Verpflegten des Vorjahres ergibt sich ein Plus von 894 Kranken. Von diesem Zuwachs kommen 837 auf die Staatsspitäler und 57 auf die zwei Anstalten für irre Verbrecher.

Der Stand der Privatanstalten blieb im Berichtsjahre unverändert.

In den 13 Staatsspitälern verblieben am 1. Oktober 1905	25520

Im Berichtsjahre wurden:

Direkt aufgenommen*)	5761
Mit den Transferierungen aus anderen Spitälern	6343
Die tägliche Durchschnittszahl der Verpflegten betrug	25937
Entlassen wurden als geheilt	1468
„ „ „ gebessert	1142
„ „ „ ungebessert	749
„ „ „ nicht geisteskrank	74
Gestorben sind	2071
Es verblieben also am 30. Oktober 1906 in Behandlung	26357

Die Prozentzahl der Geheilten betrug 25,28%.

Interessant ist die Angabe, daß die beiden homöopathischen Anstalten Middletown und Gowanda die

*) Es werden auch Privatpatienten in den Staatsspitälern aufgenommen. Die Taxe ist mit 6 bis 10 Dollars pro Woche festgesetzt.



höchste Perzentzahl der Heilungen erzielten, nämlich 35,6% und 44,87%. Ein Arzt kam auf 149, eine Pflegeperson auf elf Kranke.

Der Überbelag von 1812 Betten in allen Anstalten wurde durch Erweiterungen und Zubauten in allen Anstalten auf 185 Betten herabgemindert.

Da die 28302 psychisch Abnormen — hier sind nicht mitgerechnet die unter der speziellen Aufsicht des State Board of Charities stehenden Anstalten für Idioten, schwachsinnige Kinder und Epileptiker — auf eine Einwohnerzahl von 8067308 kamen, so stellt sich das Verhältnis der Kranken zur Zahl der Bevölkerung wie 1:285.

Den aus dem Staatssäckel geleisteten Einnahmen der Spitäler von 5916881,83 Dollars stehen die Ausgaben von 5722429,52 Dollars gegenüber.

4769343,69 Dollars wurden allein für die Behandlung der Kranken verausgabt oder 183,88 Dollars pro Kopf und Jahr.

Da der Überbelag 7% des Gesamtbelages betrug, wurde die Erbauung einer neuen Anstalt im südwestlichen Teile des Staates New-York vorgeschlagen, um den Besuchern, die meist in New-York oder dessen nächster Umgebung wohnen, den Besuch der Kranken zu erleichtern und die Überstellung der Kranken aus der Beobachtungsstation von New-York (Bellevue-Hospital) leicht und mit geringen Kosten durchführen zu können. Die neue Irrenanstalt soll einen Belag für 3000 Kranke — der Amerikaner ist eben immer Kaufmann — haben.

Eine große Fürsorge wurde auch in diesem Berichtsjahre der Erbauung je eines eigenen Aufnahmsgebäudes für akute Kranke mit einem Belagraum für je 100 bei den Anstalten Binghamton und Voughkeepsie zugewendet.

Nach von dem Staats-Architekten Geo L. Heins entworfenen Plänen*) für den Bau eines zur Aufnahme von akuten Kranken bestimmten Krankenpavillons repräsentiert sich derselbe als ein einstöckiger vielfach gegliederter Bau, in dessen Mitte das mit einem Balkon geschmückte Aufnahmsgebäude hervorragt, an welches sich nach beiden Seiten die von den Patienten zu bewohnenden Flügel anschließen, die mit ihren turmartigen Vorbauten und Erkern und mit den sowohl in der Hauptfront als an den beiden Seitenfronten projektierten Veranden und mit deren in zierlichen Dimensionen gehaltenen Tragsäulen nicht nur der Hauptfassade ein durchaus stattliches, höchst originelles, architektonisch künstlerisches Gepräge verleihen, sondern auch dem Kenner mit einem Blick einerseits veranschaulichen, welche Summe von Sorgfalt der Pflege und Behandlung der Patienten zugedacht ist, indem dieselben selbst bei strömendem Regen unter dem schützenden Dach der Veranden im Freien sich aufhalten und frische Luft einatmen können, und andererseits zeigen, wie hier Zweckmäßigkeit und Ökonomie, sowie Kunst sich miteinander vereinen, um ein vollendetes Ganzes zu schaffen.

Die Patienten können leicht nach Geschlechtern getrennt werden; die Hauptachse, welche zugleich die Symmetrie-Achse des Gebäudes ist, bildet die Grenzscheide zwischen Männer- und Frauen-Abteilung.

*) Siehe die Beilage in dieser Nummer.

Im Parterre (First Floor) des in der Mitte gelegenen Aufnahmstraktes befinden sich zunächst die Kanzlei, ferner das Aufnahmszimmer, die Hausapotheke, das Untersuchungszimmer und ein Speisezimmer für Pflegerinnen, sodann, durch das Stiegenhaus von diesen und untereinander getrennt, die Speisesäle für die Männer- und Frauen-Abteilung, welche durch separierte Servierräume mit der im Hintergrunde des Hauptgebäudes günstig gelegenen Hauptküche des Pavillons in Verbindung stehen.

Die Küche wird selbstverständlich den modernsten Anforderungen entsprechend auf das beste eingerichtet und ist mit den notwendigen Diensträumen, Aufwaschküche, Eiskammer und Kühlraum ausgestattet und durch eine rückwärts befindliche Haupttüre separat zugänglich. — Eine Schiebertüre wird zudem seitlich hier errichtet.

Die beiden Flügel, welche durchaus symmetrisch und vollkommen gleichartig ausgestattet sind, sind von je einem durch die ganze Länge des Flügels sich erstreckenden, vom Stiegenhaus abzweigenden Korridore in allen ihren Teilen zugänglich und enthalten je einen Tagraum mit Alkoven, je einen Schlafsaal, je sechs Einzelzimmer, je einen Baderaum mit Ankleideraum, einen Waschraum mit Wäscheraum, außerdem je zwei Veranden.

Im ersten Stockwerke des daselbst mit einem Balkon versehenen Haupttraktes befinden sich die Bibliothek, drei Zimmer mit Betten für Kranke, ein Ankleideraum, sowie eine Küche zur Bereitung diätetischer Kost, ferner, durch das Stiegenhaus von diesen getrennt, ein Raum für Elektrotherapie und ein zweiter Raum für Hydrotherapie, welch letzterer in den Dachbodenraum reicht und mit Oberlicht versehen ist, ferner ein Zimmer für Massage, ein Ruhesaal und ein Ankleideraum.

Die Flügel enthalten im ersten Stockwerke je einen Tagraum, einen Schlafsaal, je sechs Zellen, je zwei Bäder und zwar Dusche- und Wannenbäder, Dauerbäder, ferner zwei Veranden. Vom ersten Stockwerke führt auf beiden Flügeln eine separate Treppe ins Freie, welche bei Feuersgefahr als Notausgang benutzt werden kann.

Daß sämtliche Räume mit dem modernsten Komfort ausgestattet werden, daß deren Beheizung, Beleuchtung, Ventilation, Fernsprechverkehrseinrichtungen etc. durchaus auf der Höhe der Zeit stehen werden, ist in Amerika, dem Lande des Fortschrittes, selbstverständlich.

Besonders hervorgehoben zu werden verdient die Schaffung von Erker-Nischen in den Tagräumen, durch welche mit ihren fünf Fenstern, darunter ein Doppelfenster, nicht nur Licht und Luft, die beiden Hauptfaktoren für ein gedeihliches Wohnen, in reichlichstem Maße einströmen werden, sondern von welchen auch eine gewisse Behaglichkeit ausströmen wird, die den Gemütern der Kranken so wohl tut, während nach außen die turmartig abgeschlossenen Erker zur künstlerischen Ausschmückung der Fassade wesentlich beitragen.



Pavillons für tuberkulose Kranke wurden nach den unseren Lesern bekannten Typen bei den Anstalten Binghamton und Central Islip vollendet und ihrer Bestimmung zugeführt.

Die Erwerbung der Realität des Flatbush State Hospitals auf Long Island, die Aufnahmsstation für Brooklyn City, wurde durchgeführt und dadurch die Möglichkeit der Erbauung einer neuen Irrenanstalt für 800 Kranke geschaffen.

Über die Inspektion der Staats- und Privatirrenanstalten, der wie immer auch in diesem Berichte ein eigenes Kapitel gewidmet ist, gibt auch heuer der flott geschriebene Bericht des der Staatsirren-Kommission beigestellten Medizinalinspektors Dr. W. Russell genaue Auskunft.

Der Inspektor machte 100 Inspektionen in den Privat- und Staatsspitälern und eine in einem nicht konzessionierten Hause, weil dort angeblich auch Geisteskranke verpflegt worden sein sollten. Er untersuchte 4034 neu aufgenommene Kranke, intervenierte bei 585 vorgebrachten Wünschen nach Entlassung aus der Anstalt und nahm über 200 Klagen der Kranken und deren Angehörigen entgegen, die er auf ihre eventuelle Richtigkeit untersuchen mußte.

Der Inspektor klagt daher mit Recht über Überbürdung und verlangt die Neubestellung von zwei ärztlichen Inspektoren. Er verweist zur Begründung seines berechtigten Verlangens auf den Staat Massachusetts, wo neben den ärztlichen Inspektoren noch drei beamtete Ärzte sich in die Inspektion der Anstalten für psychisch Abnorme teilen, obwohl dort 11000 Kranke weniger als im Staate New-York interniert sind.

Im weiteren Teile des Berichtes bespricht der Inspektor ausführlich die im Staate New-York üblichen Behandlungsmethoden, die Lage der Pflegepersonen in den Anstalten, die Unterbringung der Kranken, die Entlassungsarten und die ärztlichen Arbeiten in den Laboratorien.

Der Bericht schließt mit einer Besprechung der Inspektionen in den 25 Privatanstalten, welche der Inspektor 57 mal besuchte.

In denselben untersuchte er 185 freiwillig eingetretene Kranke.

Dem interessanten Berichte des Inspektors schließt sich ein Bericht des kurz nach seinem Rücktritte verstorbenen Kommissionsmitgliedes Parkhurst an, der mit seinem Sekretär der Untersuchungsstation für die Einwanderer auf Ellis Island einen Besuch abstattete behufs Feststellung der Notwendigkeit der Erbauung eines eigenen Pavillons für auf Geisteskrankheit verdächtige eingewanderte Personen.

Der State Board of alienists hat im abgelaufenen Berichtsjahre im Einvernehmen mit der Commission in Lunacy und den Superintendenten der einzelnen Staatsspitäler eine genaue Untersuchung der heimzubefördernden Kranken vorgenommen und die Abgabe von 307 in ihre resp. Heimatländer und die Transferierung von 58 psychisch Abnormen in die einzelnen Staaten der U. S. A. angeordnet. In den speziellen Berichten werden die einzelnen Fälle genau erörtert.

Es folgt nach Mitteilung der Veränderungen im Personalstatus der Ärzte ein instruktiver Bericht des Prof. Dr. Adolf Meyer vom pathologischen Institute auf Wards Island.

Es wurden im Berichtsjahre zwei Fortbildungskurse für Ärzte von je dreimonatiger Dauer abgehalten. An denselben nahmen mit Ausnahme von zwei Spitälern Mitglieder aller Spitäler teil.

Der Unterricht wurde erteilt von den Assistenten des Institutes, und zwar von Dr. G. Y. Rustl (Autopsie und Histologie), Dr. J. H. Bordau (Klinik) und Dr. C. J. Lambert (Demonstrationen der von einzelnen Staatsspitälern an das Institut zur Untersuchung eingesandten Präparate). Es wurde besonders die Methode Nißls und Alzheimers geübt. „Medical work cannot be carried on today without adequate laboratory facilities", sagt mit Recht Dr. A. Meyer in seinem interessanten Berichte.

Weiter empfiehlt der seither nach Baltimore berufene Prof. Meyer den einzelnen Anstalten folgende bemerkenswerte Untersuchungsmethoden der Kranken vor dem ganzen Ärztekollegium:

1. Die erste Vorstellung des Kranken soll kurz nach der Aufnahme erfolgen. 2. Die zweite sechs Wochen nachher. 3. Die dritte bei der Entlassung. Nach dem Tode des Kranken soll nach der Verlesung der Krankengeschichte eine genaue makro- und mikroskopische Autopsie folgen.

Es wurde ein sehr nachahmenswerter Brauch eingeführt, nämlich Versammlungen sämtlicher Spitalsärzte in den einzelnen Spitälern. Diese Versammlungen haben nicht nur den Zweck, sich gegenseitig kennen zu lernen, sondern dienen auch insbesondere Studienzwecken, der Besprechung der sozialen Stellung, der wirtschaftlichen Lage der Mitglieder des ärztlichen Kollegiums usw.

Es wurden sechs solcher Vollversammlungen der Spitalsärzte abgehalten.

Über Einladung der Anstalten tagten die Ärzte im November 1905 in Middletown St. H. und St. Lawrance St. H., im Februar 1906 in Rochester St. H., im April 1906 in Hudson River St. H., im Mai im Willard St. H. und im September 1906 in Kings-Park St. H.

Jede dieser Versammlungen tagte einen Nachmittag, einen Abend und den folgenden Vormittag.

Jede wurde eingeleitet durch eine Rede des einladenden Superintendenten, der eine Übersicht der gesamten Organisation und der ärztlichen Tätigkeit im Spitale entwarf.

Darauf folgte eine Reihe von Demonstrationen mit anschließender Diskussion. Am Abend wurden die Autopsien besprochen mit Einschluß der speziellen Forschungen, wie sie im Spitale gerade geübt wurden.

Am folgenden Vormittage wurden die klinischen Fälle den Anwesenden vorgestellt und von den Ärzten des Spitales und den Besuchern kritisch besprochen.

Am Schlusse fand jedesmal eine genaue Besichtigung des einladenden Spitales statt.

Dieser interessanten Besprechung schließt sich



der Tätigkeits-Bericht der Assistenten des Professors Meyer an.

Mit dem Programm der nächstjährigen ärztlichen Kurse 1906/07 schließt dieser instruktive Bericht.

Eine lehrreiche Übersicht über den Fleiß und die Arbeitsfreudigkeit der Amerikaner bietet der Bericht über die Vollversammlungen der Irrenbehörden mit dem Personale der Staatshospitäler.

Solche Zusammenkünfte der State Commission in Lunacy mit den Verwaltungsdirektoren, Managers, Mitgliedern der State Charities Aid association, des Committee of the insane, des Subcommittee on the after-care und den Superintendenten der einzelnen Spitäler fanden jedes Quartal statt: am 18. November 1905, am 30. Januar, am 11. April und am 11. Juli 1906.

Die Vortragenden stehen auf dem Standpunkte der neuesten Forschungen und teilen uns viel Nützliches aus ihren reichen Erfahrungen über das Wesen, die Behandlung der Psychosen und die Unterbringung der Kranken mit.

Es wurden auf denselben folgende Themata mit nachfolgender eingehender Diskussion behandelt:

1. „Treatment of the chronic and disturbed insane." Von Dr. Ashley von Middletown.

2. „The Colony system as applied to new hospitals for the insane."*) Von Dr. George Smith von Central Islip.

3. „The After-care Association for poor persons discharged recovered from Asylums for the insane." Von Miß Schuyler, Chairman des Komitees, nach einer vorausgegangenen Studienreise nach England.

4. „The Problem of After-Care and the organisation of societies for the Prophylaxis of mental disorders." Von Prof. Dr. Adolf Meyer.

5. „Preliminary report on the methods, progrosses and results of the hospital for tuberculosis." Von Dr. Wagner.

6. „Report of the committee on Reorganisation of the medical staff."

Die Gehaltstabelle, welche vorgeschlagen und an die gesetzgebende Körperschaft von der Commission in Lunacy geleitet wurde, ist folgende:

Medical interne (ohne Spitalpraxis, keine Erhöhung):		
Jahresgehalt	600	Dollars**)
Junior physician (mit mindestens ein Jahr Probepraxis nach der Promotion):		
Jahresgehalt	1000	„
Assistant physician:		
I. Gehalt	1500	„
Nach 5 Jahren	1650	„
„ 10 „	1800	„
„ 15 „	1950	„
„ 20 „	2000	„
Senior Assistant physician:		
I. Gehalt	1800	„
Nach 5 Jahren	1980	Dollars
„ 10 „	2060	„
„ 15 „	2240	„
„ 20 „	2420	„
First Assistant physician:		
I. Gehalt	2200	„
Nach 5 Jahren	2420	„
„ 10 „	2640	„
„ 15 „	2860	„
„ 20 „	3080	„
Medical Superintendent:		
I. Gehalt:	3500	„
Nach 5 Jahren	3850	„
„ 10 „	4200	„
„ 15 „	4550	„
„ 20 „	4950	„

*) Wurde in der Psych.-Neurol. Wochenschrift Nr. 16 vom 10. Juli 1909 ausführlich besprochen.

**) 1 Dollar = 5 Kronen = 4 Mark.

Alle Gehaltsaufbesserungen von 10% des Grundgehaltes werden von der Anstellung als Juniorassistant an gerechnet.

Die weiblichen Ärzte werden angestellt mit 1200 Dollars und erreichen mit einer jährlichen Aufbesserung von 100 D. den Maximalgehalt von 1800 D.

Die Senior Assistants physician erhalten mit Bewilligung der Kommission nach Vorschlag durch den Superintendenten auch die Verpflegung für ihre Familienmitglieder.

Ein Senior Assistant physician, welcher an Stelle des bisherigen second assistant physician tritt, ist für ein Spital von 1000, zwei für ein Spital von 1500 bis 2500 und drei für ein Spital von 2500 bis 3500 Kranke etc. berechnet.

Diese Vorschläge der State Commission in Lunacy geben ein genaues Bild der ernsten und empfehlenswerten Bestrebungen derselben zur Hebung der sozialen Besserstellung des Ärztestatus an den Staatsspitälern und die Erreichung eines schaffensfreudigen Aerztenachwuchses.

7. „A study of lumbar puncture in Ninety-nine Cases of mental disease by Dr. Dewing und Dr. Smith." Dr. Smith machte die chemische und bakteriologische Untersuchung der Punktionsflüssigkeiten.

8. „Oral Conditions as found in the insane" Von Dr. H. H. Butler, D. D. S. vom Staatsspital in Ogdensburg.

9. „State Hospital Trainning-schools for nurses." Von Dr. William L. Russel M. D.

Während das Thema 8 die Wichtigkeit der Mundpflege bei Geisteskranken in erschöpfender Weise klarlegt und die Wichtigkeit der Bestellung eines Zahnarztes an jeder Irrenanstalt hervorhebt, ist Dr. W. Russel bestrebt, durch seinen Vortrag eine weitausgreifende Reorganisation der Pflegerkurse zum Durchbruche zu bringen.

Es folgen nun noch die instruktiven statistischen Tabellen und Karten:

1. über Zunahme des Wahnsinns,
2. die Beschäftigung der Kranken,
3. die Sterblichkeit beim Irrsinn,
4. das Geburtsland der Kranken,
5. über das Verhältnis der fremdgeborenen Irren zur Bevölkerung,
6. über Einwanderung und Wahnsinn.



Nach der Statistik der beiden Anstalten für irre Verbrecher, Matteawan und Dannemora, folgen die Berichte der einzelnen Anstalten, die mehr oder weniger einförmig sind in bezug auf Anlage und Inhalt.

Der 18. Bericht der State Charities Aid Association to the State Commission in Lunacy beschließt den stattlichen und lehrreichen Band von 1290 Seiten.

Die State Charities Aid Association berichtet über die allmonatlich abgehaltenen Meetings of Boards of Managers (Direktorenkomitees) and Attendance of Managers (ihrer Gehilfen), über die Erbauung einer eigenen Aufnahmsstation (Stadtasyles-Reception Hospital for the Insane) in New-York City, und das Subcommittee on the After Care of the Insane (das Fürsorgekommitee für die geheilten Irren nach ihrer Entlassung) macht Mitteilung über seine Wohltätigkeitsaktionen im Berichtsjahre.

Das Reception-Hospital soll nach diesem Berichte statt des Bellevue-Hospitals die Aufnahmsstation für die Newyork City sein und zugleich Unterrichtszwecken dienen.

Es wurde, wie der Bericht meldet, in Befolgung des Gesetzes vom Jahre 1904 Cap. 760 um den Preis von 145000 Dollars ein Platz, Exterior Street, angrenzend an den East River von der 73 zur 74 Straße sich erstreckend, ausgesucht.

Dieser Kauf ist bereits vom Lordmajor von New-York und der Staats-Irrenkommission gezeichnet, so daß nur noch erübrigt, die Pläne vom Staatsarchitekten anfertigen zu lassen.

Der erste Bericht des Subcommittee on the After-Care of the Insane berichtet über den bereits erwähnten Vortrag der Miß Louisia Lee Schuyler auf der Konferenz der Staatsirrenkommission mit den Verwaltungsdirektoren und Superintendenten der einzelnen Staatsspitäler vom 19. November 1906.

Lee Schuyler gab eine kurze Darstellung der Wirksamkeit der englischen After-Care-Association, beruhend auf den Mitteilungen, welche sie auf der im vorigen Jahre gemachten Studienreise nach England erhalten hatte. Sie schloß ihren Vortrag mit folgenden Feststellungen eines Planes einer gleichen Organisation für den Staat New-York:

1. Es wird die Gründung eines Subcommitee of After-Care für jedes Spital beschlossen mit dem Zwecke der Unterstützung „geheilt" aus den Anstalten entlassener Personen.

2. Die St. Ch. A. Ass. werde durch diese Konferenz ersucht, ein System der After Care zu organisieren für die Kranken aller Staatsspitäler und es praktisch zu betätigen.

3. Daß die Repräsentanten: die Verwaltungs-Direktoren und Direktoren der einzelnen Staats-Hospitäler der M. Ch. A. Ass. ihre ernste Mithilfe bei der Durchführung des Systems der A. C. für Irre in diesem Staate nicht verweigern.

Es bildete sich auch sofort ein Ausschuß, welcher seinen I. Bericht am 9. Februar 1906 einer Sitzung der St. Ch. A. Ass. vorlegte. Zum Komitee gehören außer den Mitgliedern auch noch zwei oder mehrere Verwaltungs-Direktoren der Staatsspitäler und jeder Superintendent des resp. Hospitales.

Der Vorsitzende und die Sekretäre des Komitees sind Mitglieder der St. Ch. A. Ass.

Die beschlossenen Bestimmungen sind:

„Kein Patient, der aus einem Hospital geheilt entlassen wird, soll ohne die für die Saison notwendige Kleidung und ein Zehrgeld von 25 Dollars weggeschickt werden, damit er seine nötigsten Auslagen bezüglich der Erlangung einer neuen Anstellung decken kann."

Der Bericht über die Insane-Aliens bespricht einige vorgekommene Unregelmäßigkeiten bei der Deportation fremdländischer Irren und die im Verein mit dem Board of alienists for Ellis Island getroffenen Bestimmungen zur Abhilfe derselben:

1. Die Kranken müssen von einem geschulten Pflegepersonal begleitet sein.

2. Die Transportation darf erst erfolgen, wenn die Kranken transportfähig sind.

3. Sie müssen getrennt von den Gesunden, nach den bestbekannten Deportationsmethoden transportiert werden.

Im I. Abschnitte des Berichtes werden die Methoden der Administration der Einwanderungs-Kommission auf Ellis Island besprochen und die Verbesserungen angegeben:

1. Es wurde ein Tagraum für zu Untersuchende, in welchem die Kranken nach Geschlechtern getrennt und von den Gesunden geschieden werden können, geschaffen.

2. Die auf Irrsinn Verdächtigen wurden unter ärztliche Hilfe gestellt.

Ein Untersuchungsraum wurde geschaffen, Wärter und Dolmetscher sowie ein Stenograph aufgenommen.

3. Irrenärzte wurden angestellt.

Eine Gesundheits-Kommission wurde gebildet und ein Marine-Hospitaldienst zur ständigen Überwachung der geistig Abnormen geschaffen.

Ein Bild der Zunahme der kranken Einwanderer geben folgende Ziffern: 1904: 62, 1905: 142, 1906: 286.

Diese Zahlen beweisen die Notwendigkeit vorangehender Beschlüsse.

Es folgen dann die eingehenden Berichte der einzelnen Inspektoren der St. Ch. A. Ass. in den Spitälern.

Der spezielle Bericht der Miß Schuyler über ihre Studien in England und die Vorschläge der Kontrolleure der Staatsspitäler schließen den umfangreichen interessanten Bericht.

Nach der Lektüre des Berichtes der Staatsirrenkommission legt gewiß jeder Leser befriedigt denselben mit dem Bewußtsein aus der Hand, Nützliches aus den reichen Erfahrungen seiner amerikanischen Kollegen gelernt zu haben.

Mitteilungen.

— **Neue Landesirrenanstalt für die Provinz Brandenburg.** Die Provinz Brandenburg muß schon wieder ihr Augenmerk auf die Errichtung einer Landesirrenanstalt lenken, obwohl erst im vorigen Jahre die für 1200 Kranke eingerichtete Anstalt in Teupitz eröffnet worden ist. Es liegt das an der fortdauernd starken Bevölkerungszunahme in den Vororten Berlins. Deshalb wird auch die neue Anstalt hauptsächlich für diese bestimmt und von Berlin aus schnell und billig erreichbar sein müssen. Es wird nicht unerhebliche Schwierigkeiten verursachen, hierfür das nötige Land von mindestens 400 Morgen zusammenhängend und in guter Beschaffenheit zu erhalten, wenn dazu die unmittelbare Nähe einer Stadt gefordert wird, die mit höheren Schulen versehen ist und angenehme Lebensbedingungen aufweist, sowie über leistungsfähige und einwandfreie Gas-, Elektrizitäts-, Wasser- und Kanalisationsanlagen verfügt. Es sollen jedoch bereits einige Angebote eingegangen sein, in denen sich Ortschaften selber zu namhaften Leistungen für den Fall ihrer Auswahl bereit erklären. Die Entscheidung steht aber noch aus.

Referate.

— Über die Wassermannsche Reaktion bei Idiotie berichten Oberarzt Dr. Kellner, Hausarzt Dr. Clemenz, Oberarzt Dr. Brückner und Assistenzarzt Dr. Rautenberg aus den Alsterdorfer Anstalten für Idioten und Epileptische (Hausarzt Dr. Kellner) und der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg (Direktor: Professor Dr. Weygandt). G. Raviart, Breton, G. Petit, Gayet und Cannae, Lille („Revue de Médecine", Bd. 28, H. 9) fanden unter 246 Fällen von „Halb- oder Ganzidioten, bezw. Imbezillen" eine positive Wassermannsche Reaktion nicht weniger als 76 mal, und schließen daraus, daß die Syphilis in der Ätiologie dieser Schwachsinnsformen eine wichtigere Rolle spiele, als man vermutete.

Unter diesen 246 Fällen fanden sich nur sechs, die eine hinsichtlich Lues positive Anamnese boten. Auch Plaut konnte bei familiärem Schwachsinn des öfteren eine syphilitische Durchseuchung nachweisen.

Aus jenen im Blut so überaus häufig positiven Befunden der französischen Autoren ergab sich zunächst folgende Fragestellung:

Ist die positive Reaktion hier überhaupt als spezifisch aufzufassen? Oder ergeben sich Anhaltspunkte dafür, daß der positive Ausfall etwa zu anderen ursächlichen Prozessen der Idiotie und deren Folgezuständen in Beziehung steht?

Untersucht wurde das Serum von im ganzen 216 Fällen; davon waren 16 aus der Irrenanstalt Friedrichsberg, darunter 13 Fälle einfacher Idiotie, ein Mongoloider und zwei mit zerebraler Kinderlähmung und Krämpfen. Sie reagierten sämtlich negativ.

200 Fälle stammen aus dem großen Material der Alsterdorfer Anstalten, die etwa 800 Idioten und Epileptiker beherbergen.

1. Vierzig männliche Idioten ohne Krämpfe, ohne Lähmungen, ohne anamnestische Anhaltspunkte oder sichtbare Zeichen hereditärer Lues, reagierten sämtlich negativ. 2. 58 epileptische Idioten ohne Lähmungserscheinungen irgend welcher Art reagierten nach Wassermann alle negativ, nach Stern in nur einem Falle positiv. 3. Unter zwanzig Idioten mit Krämpfen und Motilitätslähmungen war nur ein Fall (erheblich gesteigerte Patellarreflexe), der nach Stern zwar positiv, nach Wassermann aber negativ reagierte. 4. Von 16 Idioten, bei denen die Diagnose der hereditären Lues durch die klinischen Anzeichen im Verein mit der Anamnese als gesichert angesehen werden konnte, reagierten nach Stern acht positiv; zwei hatten kein Komplement und waren nach Wassermannscher Reaktion gleichfalls positiv. Drei von dieser Gruppe, die nach Stern positiv reagierten, waren bei Wassermannscher Reaktion negativ.

Unter diesen 16 befand sich ein Fall von juveniler Paralyse, einer von Hutchinsonscher Trias. — Motilitätslähmungen waren bei sechs Fällen vorhanden, Sprachlosigkeit bei zwei, darunter einer mit Mikrozephalie und linksseitiger spastischer Parese, nervöse Taubheit bei drei, und bei einem Taubstummheit. Außer der juvenilen Paralyse waren hierunter nur drei Fälle mit Pupillenstarre, diese reagierten sämtlich positiv. — An epileptischen Krämpfen von diesen 16 litten 5, darunter ein Porenzephale.

Silexsche Narben fanden sich bei drei, Veränderungen an Nase, Gaumen, Zähnen bei sechs.

5. 66 Idioten des verschiedensten Alters, darunter Porenzephalen, Epileptiker, polienzephalitisch und poliomyelitisch Gelähmte. Bei keinem waren klinische oder anamnestische Anhaltspunkte für Syphilis. Hier war die ursprüngliche Wassermannsche Reaktion in nur einem einzigen Falle positiv.

Es handelte sich um einen geistig sehr tiefstehenden Idioten, bei dem von Lues weder klinisch noch anamnestisch etwas nachweisbar war.

Nach Stern reagierten außerdem von dieser Gruppe noch drei positiv, bei denen Sehnenreflexe und Pupillenphänomene sämtlich in Ordnung waren.

„Wenn man nun berücksichtigt, daß aus einem Bestand von etwa 800 Idioten alle herausgesucht waren, die auf Lues verdächtig waren, im ganzen nicht mehr als 16, von denen zehn positiv reagierten, daß also von den anderen 200, bei denen für Lues Verdachtsmomente nicht vorlagen, nur sechs positiv waren, also nur 3%, so findet sich damit der Schluß jener Autoren, wonach der Lues in der Ätiologie der Idioten eine wichtigere Rolle zukommen soll, als man bisher vermutete, nicht bestätigt.

Ihre Resultate würden aber zwanglos erklärt durch die Annahme, die aus den oben angedeuteten Gründen hinlänglich plausibel erscheint, daß ihr Material einer in verhältnismäßig hohem Grade luetisch durchseuchten Bevölkerung entstammte."

Die Frage der Spezifizität der Wassermannschen Reaktion bei Idiotie ist ohne weiteres zu bejahen.

(Deutsche medizinische Wochenschrift. 21. Okt. 1909.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 34. 13. November **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Le Contrôle de Wassermann et le traitement des accidents parasyphilitiques. Par le Dr. A. Marie (de Villejuif). (S 297.) — Die Weiterbildung der Irren- und Nervenpflege. Von Dr. Falkenberg, Lichtenberg bei Berlin. (S. 301.) — Mitteilungen (S. 303): Hamburg. — Referate (S. 304). — Personalnachrichten (S. 304).

Le Contrôle de Wassermann et le traitement des accidents parasyphilitiques.

Par le Dr. *A. Marie* (de Villejuif).

Je me suis permis d'intervenir dans les discussions de la Société de Médecine de Paris au sujet des conditions du traitement spécifique contre les accidents parasyphilitiques et hérédo-syphilitiques.

J'ai proposé des distinctions basées sur les acquisitions de l'application clinique des contrôles de Wassermann.

Je me permettrai de développer ce point de vue en dépit des critiques dont il a été l'objet, ces développements, je l'espère, suffiront à rendre ma pensée compréhensible, relativement à l'utilisation clinique d'une méthode qui a fait ses preuves connu la méthode de Wassermann.

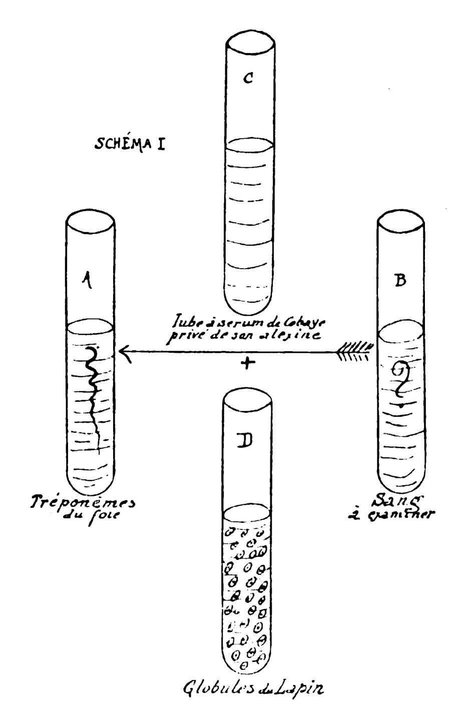
On a taxé de vague et imprécise la distinction capitale en deux catégories de paralitiques, les uns pouvant bénificier du traitement spécifique, alors que les autres en pâtissent. Si la démarcation était impossible, ce serait une distinction sans portée pratique et dangereuse comme empêchant de guérir certains malades, Y-a-t-il un criterium indiquant de manière exacte les cas où le traitement peut être utile ou au contraire dangereux?

Je propose d'utiliser le seul moyen actuellement connu, d'apprécier objectivement quand un malade passe de la spécificité positive à la parasyphilis.*)

Car telle est bien, en dernière analyse, la question. Ce qui fait la difficulté et les discussions insolubles,

*) La méthode que nous avons suivie dans nos recherches avec Levaditi a été à peu de choses près, celle de Wassermann et Plaut. En voici le principe: Toute combinaison hémolysante comporte la mise en jeu de 3 facteurs: la cytase ou le complément, un sérum hémolytique spécifique (ambocepteur) préparé en injectant à une espèce animale des hématies provenant de l'espèce étrangère b² et les globules rouges de l'espèce b. Lorsque ces trois principes se trouvent mélangés à une température de 36°, on observe la dissolution des hématies et la mise en liberté de l'hémoglobine.

Or si avant de soumettre ces hématies à l'influence de l'ambocepteur hémolytique, on introduit dans la réaction un mélange d'antigène et d'anticorps (p. ex. des vibrions



cholériques et du sérum anti-cholérique on du b. typhique et le serum correspondant) on constate que la dissolution des érythrocytes est plus ou moins complètement entravée et qu'une partie ou la totalité des hématies continuent à garder leur hémoglobine. Les recherches de Bordet et Gengou ont prouvé que cet empêchement de l'hémolyse est provoqué par l'absorption de la cytase par la combinaison formée entre l'antigène et l'anticorps.

Nous avons disposé nos expériences de la façon suivante.

c'est que l'on s'accorde sur la nécessité de détruire le spirochète avec les médications qui l'atteignent à coup sûr, tandis que lorsqu'il a disparu et que l'organisme se désagrège sous l'influence de ses dérivés toxiques, de ses paratoxines, le mercure n'agit plus. Il ajoute même une action promptement néfaste à l'action métaspécifique. Le traitement non seulement n'a plus alors d'action curative, mais il agit sur les eléments encore actifs non paralysés de la façon le plus fâcheuse. Selon l'opinion de notre maître M. le Prof. Fournier, la parasyphilis n'est nullement influencée par le traitement antisyphilitique. C'est pour cela d'ailleurs qu'on ne saurait préconiser un traitement trop précoce afin de l'appliquer en temps de syphilis et avant passage à la métasyphilis.

Après ce passage nous tirons sur un ennemi qui n'est plus là, nous n'atteignons plus alors que l'organisme et j'affirme que c'est tuer le parasyphilitique à réaction parasyphilitique que de le mercurialiser trop tard.

Les observations de ce genre ne manquent pas, mais on ne publie pas volontiers ces cas fâcheux; il n'en est pas moins vrai qu'il y a là un autre danger à opposer à celui qu'on nous accuse de propager. Je prétends qu'il y a un moyen scientifique d'eviter l'un et l'autre, le danger de condamner à mort des pseudo P. G. par l'abstention d'une thérapeutique spécifique et le danger de tuer des P. G. parasyphilitiques par un traitement mercuriel qui leur est néfaste et donne un véritable coup de fouet à un processus qui de rémittent, devient galopant.

Je considère donc qu'il n'est plus vrai de dire que le seul moyen de diagnostic ici soit l'épreuve du traitement puisqu'elle peut dans l'une des hypothèses être nuisible.

D'abord je ferai observer que les pseudo-paralysies sont forcément soupçonnées de n'être que des pseudo-diagnostics comme l'a dit Pierret. Ce ne sont dans l'immense majorité des faits que des cas atypiques ou des formes spontanément rémittentes, que l'on finit toujours par voir revenir à l'asile et y mourir, P. G. confirmés. Certains auteurs, et j'en suis, tendent même à réserver l'étiquette de pseudo P. G. aux méningo-encephalites non spécifiques comme celles de l'alcoolisme chronique, du saturnisme, etc.

Pour un P. G. rémittent qui s'améliore après traitement spécifique, il ne faut pas crier victoire et croire que les autres sont condamnés à mort par l'abstention du mercure. Beaucoup de ces malades entrent en rémission spontanée, et les changements de leur réaction hémolytique dans ces cas de rémission sans traitement me paraissent encore militer en faveur de ma thèse à savoir: que l'on possède aujourd'hui dans les reactions de Wasserman un moyen sûr de vérifier si le malade est encore susceptible d'un traitement antisyphilitique, ou bien s'il est définitivement entré dans la phase paraspécifique et hors d'atteinte pour les secours de la mercuriothérapie.

S'il est un principe fondamental en médecine générale tout comme en thérapeutique dermatologique, c'est bien celui qu'on ne doit jamais soigner un malade sans avoir établi un diagnostic, or c'est précisément pour cela qu'il importe de mettre cliniquement à profit le biodiagnostic de Wasserman pour éclairer le terrain thérapeutique en matière de syphilis et de parasyphilis.

Je crois posséder le service où se trouve le plus grand nombre de paralytiques généraux qu'il soit, car aucune autre ville que Paris ne fournit un pareil

On mélangeait tout d'abord l'eau salée (I) au liquide cephalo-rachidien (II), à l'extrait d'organes syphilitiques (III) et à la cytase (IV). Puis on maintenait le tube contenant ce mélange à 36° pendant 2 heures. On ajoutait alors successivement l'ambocepteur (V) et les hématies (VI), soumettait à nouveau les tubes à 36°. On examinait le résultat de l'expérience une demi-heure ou une heure après. Pour les élèves non familiers avec la méthode du complément, j'ai coutume d'employer le double schema explicatif suivant qu'il n'est peut être pas inutile de rappeler.

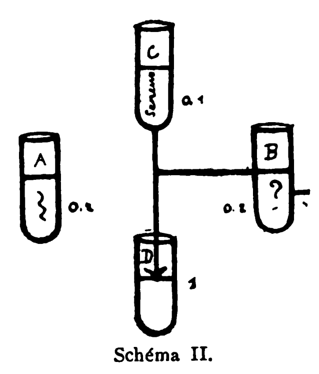


Schéma II.

Dans le melange I la fixation A + B est réalisée. A étant l'extrait de foie de foetus spécifique, B étant le liquide à déterminer céphalo-rachidien en l'espèce, l'alexine a donc été employée comme mordant permettant l'attaque du spirochète par les anticorps. Dès lors le sérum hémolysant C (sans alexine, parce que chauffé à 55°) respecte les globules mis en sa présence; pas d'hémolyse, persistance des globules en suspension, liquide rose trouble déposant au repos un amas globulaire.

Dans le deuxième cas, le liquide ne provenant pas d'un organisme syphilisé il n'y aura pas fixation d'alexine par A + B; des lors le mordant libre permet au sérum hémolysant de fondre les globules de mouton lavés. (C + D = hémolyse). Le liquide prend alors l'aspect laqué rouge vif caractéristique sans éléments sanguins figurés en suspension.

La réaction est dite negative de la syphilis.



holocauste. Villejuif étant le plus proche des asiles extra muros, concentre ces malades de préférence, vu leur état de faiblesse en raison duquel on les soumet au moindre trajet.

J'en ai toujours plus d'une centaine et il en meurt cependant beaucoup. Au temps des premiers plaidoyers de M. le Prof. Fournier pro mercurio, en 1888, j'avais dans le service de M. le Dr. Vallon, alors mon chef, essayé les frictions mercurielles et l'ancien traitement par la voie stomacale. Nous avions bien vite dû cesser en raison des désastreux résultats. Il y a 9 ans, en prenant la tête de ce même service, je projetais de soumettre à un traitement rédempteur mes parasyphilitiques, espérant tirer pour eux de l'hypodermie mercurielle le profit que n'avait pu donner la thérapeutique ancienne; j'eus des résultats de 2 sortes, les uns nettement fâcheux, les autres à demi consolants.

La deuxième série concernant des cas à forme rémittente, il y avait lieu de vérifier si les rémissions tenaient ou non au traitement. J'eus alors l'idée de contrôler par des ponctions préalables en série l'état de la leucocytose rachidienne pour conduire le traitement et vérifier si l'atténuation des caractères lymphocytiques résultait de l'action thérapeutique.

Comme il convient en telle occurrence il importait d'établir la statistique préalable hors traitement pour apprécier par notre contrôle céphalo-rachidien le bien fondé de nos conclusions post-hoc. C'est alors qu'avec mon interne, M. Duflot, je m'aperçus de véritables fluctuations lymphocytiques, de poussées intermittentes coupées de suspension et même parfois de disparition de lymphocytes précédant ou accompagnées des rémissions spontanées, indépendantes de tout emploi de mercure. L'albumo-diagnostic, appliqué aux liquides recueillis, donnait aussi des ondulations analogues, mais parfois distinctes de celles de la production de lymphocytes.

C'est au Congrès de Grenoble en 1902 que j'ai communiqué mes premières recherches confirmées déjà par M. le Dr. Joffroy et depuis par beaucoup d'autres.

Et voilà pourquoi je crois qu'on ne saurait indistinctement soumettre tous ces cas au traitement mercuriel parce que, sans traitement je les voyais suivre spontanément une série d'oscillations biochimiques évidemment en rapport avec une lutte contre les poisons dérivés du spirochète; l'organisme seul en faisait les frais sans aucun secours médicamenteux, et il importait de savoir auquel de ces 2 moments de la lutte, l'appoint hydrargyrique pouvait intervenir.

La réponse semble pouvoir se dégager d'une nouvelle série de constatations que j'ai été conduit à faire lorsque Wasserman eut l'idée d'appliquer la méthode de Bordet-Gengou au séro-diagnostic de la syphilis à toutes ses périodes.

Grâce à la collaboration continue de M. M. Levaditi, et Baussart*), depuis 2 ans, j'ai pu multiplier sur les paralytiques généraux de mon service l'application de la réaction hémolytique sur le liquide céphalo-rachidien, à l'aide des ponctions en série chez les mêmes malades ainsi que chez les différents malades à toutes les phases de l'affection, et sur le sérum sanguin des mêmes sujets (avec, bien entendu, les contrôles répétés et multipliés sur des sujets non parasyphilitiques). Comme les nombreux auteurs allemands qui ont poursuivi ces recherches en même temps que nous, nous avons toujours trouvé les cas témoins avec réaction négative. Quant aux syphilitiques non P. G. nous ne leur avons pas trouvé de réaction syphilopositive en ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, si ce n'est en un seul cas où la lésion localisée tertiaire nous parut combinée à une méningo-encephalite diffuse secondaire, c'était un cas mixte. Mais si les syphilitiques tertiaires avec lésions cérébrales en foyers ne donnent pas la réaction de Wasserman pour le liquide céphalo-rachidien, en revanche ils la donnent souvent pour le sérum sanguin et c'est ici que réside, à mon sens, la pierre de touche de la méthode au point de vue de la parasyphilis.

Je ne puis répéter ici, même en substance, les données acquises qui ont fait l'objet de communications successives à la Société de Biologie, aux Congrès d'Amsterdam et Genève et à la Société médicale des Hôpitaux. Mais je puis m'appuyer sur l'étude répétée de plusieurs centaines de réactions pratiquées tant à mon laboratoire qu'à celui de Mr. le Prof. Metchnikoff à l'Institut Pasteur. Ces constatations sont corroborées d'ailleurs par celles des laboratoires de Munich et de Berlin: Wasserman nous a fait l'honneur d'apporter à la Société de Biologie son approbation avec des résultats identiques obtenus en Allemagne par lui et ses élèves. Plaut, chez Kraepelin, a trouvé des résultats peu differents, et a bien voulu appuyer nos observations présentées au Congrès d'Amsterdam. On peut résumer comme suit les faits acquis: dans les paralysies générales vraies confirmées et à antécidents spécifiques les plus nets et les plus anciens, la réaction syphilopositive de Wasserman fournie par le liquide céphalo-rachidien est à peu près constante, elle est d'autant plus marquée qu'on a affaire à une

*) Thèse de Paris — Bloud 1909 —: „Séro-reaction de Wassermann en Psychiatrie."



P. G. plus avancée, la réaction du sérum sanguin est plus faible et manque souvent.

Dans la P. G. incipiens ou dans les phases de rémission commençante la réaction du liquide céphalo-rachidien est plus faible et manque aussi fréquement; en revanche, la réaction du sérum sanguin est plus nette et forme toutes les transitions qui rattachent les parasyphilis aux cas de syphilis proprement dite.

Chez les syphilitiques, Musham a observé d'ailleurs des fluctuations du séro-diagnostic analogues à celles que nous avons signalées dans le liquide céphalo-rachidien des parasyphilitiques.

Lorsque la réaction comparée du liquide céphalo-rachidien et du sérum sanguin d'un P. G. donne une prédominance en faveur des anticorps dans le sang, on peut encore tenter la médication spécifique; elle donnerait ses meilleurs effets lorsque le séro-diagnostic seul s'accuse et que l'encéphale et ses enveloppes ne sont pas encore entrés en réaction trés appréciable par le procédé de Wasserman appliqué au liquide céphalo-rachidien. La lymphocytose peut exister déjà et l'albumo-diagnostic être positif en effet sans qu'on puisse déceler la réaction dite des anti-corps.

L'encéphale est donc encore en état de résistance suffisante pour supporter la médication mercurielle; mais lorsque le sang ne paraît plus produire d'anti-corps ou en décèle moins, et que les centres nerveux traduisent leur désintégration commençante par la présence des lipoïdes dérivés de leurs composés albuminoïdes, il y a une véritable auto-digestion des éléments nobles du cerveau et de la moelle.

Le cerveau du P. G. se résorbe et meurt de la production même de ces anticorps incomplets mis en liberté au fur et à mesure de la fixation par les neurones d'une plus grande quantité d'antigènes. Le neurone semble avoir dépassé les limites de sa capacité de neutralisation des toxines; on peut considérer que c'est par une sorte de digestion que l'antigène est transformé par les tissus en anticorps à l'aide de l'adjonction d'une partie de la cellule digérante. Cette transformation finit par épuiser la cellule qui, à son tour, est résorbée par les lymphocytes mononucléaires de la circulation et des tissus de soutènement.

Le paralytique semble mourir alors non pas de l'action directe des toxines et des antigènes qu'il a neutralisées mais par une sorte de choc en retour, par surproduction de ses propres anticorps; cette surproduction se fait aux dépens de la substance même des neurones qui disparaissent. Leur fonte se traduit par l'apparition graduelle des lipoïdes à réaction d'anticorps.

L'anatomie pathologique montre la dégénerescence des neurones, leurs altérations atrophiques de forme et leur diminution en nombre comme celle des tubes qui en émanent (fibres optiques comprises). L'analyse chimique des cerveaux des P. G montre leur déminéralisation avec un coefficient d'hydratation d'autant plus grand que la disparition des composés azotés s'accentue.

Les ictus épileptiformes transitoires marquent cliniquement les étapes de ces fontes paroxystiques successives. Les toxines mises en liberté et les principes convulsivants propres à la substance cérébrale normale convulsivent les neurones subsistants.

Les plus usés et les plus délicats, ceux des zones moyennes et antérieures sont les premiers à subir la résorption. Dans ces conditions, un traitement mercuriel ne pourrait que précipiter cette désintégration sans aucun profit, au contraire (on en peut dire autant d'un traitement à l'atoxyl ainsi que je l'ai éprouvé et démontré (Soc. de Thérap. 1907).

Autre chose, d'autre part, est l'imprégnation des germes procréateurs selon qu'ils émanent d'un organisme en puissance d'antigènes ou au contraire imprégné d'anticorps métatoxiques.

Dans les premiers cas seulement il y a transmission de toxines ou de spirochètes, c'est l'hérédo-syphilis vraie: dans ces cas seulement il peut y avoir séro-diagnostic positif et par suite indication à traitement spécifique.

L'absence de réaction au séro-diagnostic ne saurait prouver la non-syphilis, mais seulement la non opportunité du traitement au moment de la réaction négative.

Dans la deuxième hypothèse, il y a ce que je me suis permis d'appeler hérédo-para-syphilis que le mercure ne saurait modifier et où la réaction de Wasserman ne peut s'obtenir avec le sérum sanguin. Ces derniers sujets peuvent être syphilisés et n'en font que plus vite une parasyphilis cérébrale comme je l'ai pu observer dans quelques cas de P. G. du père et du fils que je publierai ultérieurement.

Reste une objection que je reconnais très forte, c'est l'absence de technique pratique permettant de faire entrer le contrôle du séro-diagnostic de Wasserman dans la clinique courante. Mais ce qui n'est pas encore trouvé peut se réaliser demain; on peut espérer que cette séro-réaction et celle du liquide céphalo-rachidien puissent devenir comme l'oculo-réaction un procédé accessible à tous.

Nous avons cherché à y arriver et Levaditi a pu avec la poudre de foie syphilitique rendre la réaction plus simple et commode dans la pratique du laboratoire. En attendant tout laboratoire peut avec quelques



centimètres cubes de serum et de liquide céphalo-rachidien d'un sujet donné fournir des données suffisantes pour établir le bien ou mal fondé d'une thérapeutique mercurielle.

C'est, je crois, de ce côté que peut venir le criterium satisfaisant pour trancher la question à l'étude; du moment où le syphilitique devient parasyphilitique le traitement spécifique cesse d'être applicable aux accidents parasyphilitiques de moins.

A l'heure actuelle, on peut évaluer à plus de 1188 le nombre des cas publiés où la réaction a été recherchée dans la paralysie générale; 96,5% ont donné un résultat nettement positif.

Morgenroth, Stertz, Meier, Plaut, Lesser trouvent 100%; dans le tabès nous n'avons trouvé que 66%; les 300 cas publiés par divers auteurs, donnant une moyenne de 73% positifs seulement. Nous n'avions pas trouvé d'autre réaction positive en dehors de la Paralysie générale, bien que l'ayant appliquée à des lésions cérébrales spécifiques localisées, si ce n'est en un cas mixte (lésion en foyers associée à des lésions de meningo-encéphalite diffuse).

D'autres auteurs ont trouvé des méningites syphilitiques et des syphilis cérébrospinales donnant une réaction appréciable dans le liquide céphalo-rachidien.

Raviart et ses collaborateurs ont même décelé la réaction d'hérédosyphilis chez certains dégénérés inférieurs, idiots ou déments précoces. Wasserman la trouve chez 30% de ses idiots.

Harris l'a trouvée aussi dans certaines hemiplégies spécifiques et dans la paraplégie spastique.

Nous n'en avons jamais rencontré chez les vésaniques, dégénérés et déments précoces; en revanche, la réaction révélatrice de l'infection tuberculeuse ou de l'hérédo-tuberculose a été signalée par Roubinovitch chez les déments précoces; nous mêmes l'étudions, mais partageons l'opinion de Besançon et de Serbonnes sur les oscillations variables de cette reaction de fixation dans la tuberculose; par suite il est encore difficile pratiquement d'en tirer partie en clinique, à moins de la complèter par la seroreaction d'agglutination sur cultures homogènes ou l'uroreaction a la tuberculine de Marmorek.

Quoiquil en soit, la valeur de ces applications nouvelles du biodiagnostic en Neurobiologie s'affirme chaque jour au point de vue etiologique comme à celui du diagnostic, du pronostic et comme diréction thérapeutique. C'est sans doute pour cela que le Congrès français pour l'avancement des sciences à Lille avait mis cette question à l'ordre du jour et que le Congrès de Budapesth a proclamé l'importance de la découverte de Bordet. Cest là une double consecration bien faite pour encourager les chercheurs dans cette voie où je suis heureux de m'être engagé à la suite du savant maître qu'est M. le Professeur Wasserman de Berlin.

Die Weiterbildung der Irren- und Nervösenpflege.

Von Dr. *Falkenberg*, Lichtenberg b. Berlin.

Wenn hier auf einen unter der gleichen Überschrift von einem ungenannten Verfasser in der politischen Presse*) erschienenen Artikel näher eingegangen wird, geschieht es, um zu verhüten, daß Bestrebungen, die auch in irrenärztlichen Kreisen viele Freunde haben werden, und die darauf ausgehen, gebildeten Frauen neue Lebensberufe zu eröffnen, in falsche Bahnen geraten und eine gedeihliche Weiterbildung der Irrenpflege gefährden. Wir sehen dabei von der Schiefheit der Vergleiche, die wohl mit Rücksicht auf den Leserkreis der Zeitung gewählt sind, ab und halten uns nur an den wesentlichen Inhalt des Aufsatzes, der dahin geht — nach dem Vorbilde der von Prof. Zimmer aus jüngeren Frauen für die körperliche Krankenpflege geschaffenen Schwesternschaft —, aus älteren Damen der gebildeten Stände zwischen 30 und 40 Jahren eine für die Irrenanstalten bestimmte Schwesternschaft zu gründen, die aber keineswegs die bisherigen Wärterinnen ersetzen, sondern über diese gestellt werden soll. Letzteren, „aus einfacherem Stande", soll die „gröbere Arbeit" überlassen bleiben, während die Schwestern außer in der Pflege der Geisteskranken nach Abzug der mit ihr verbundenen „viel zu vielen Handlangerdienste, für die eine höhere Bildung eher störend als förderlich ist", „ihre eigentliche Aufgabe in der Leitung und in der Erziehung der ihnen unterstellten Wärterinnen finden". Für die Schwestern soll die Irren- und Krankenpflege Beruf und Lebensaufgabe werden; von den Wärterinnen wird angenommen, daß sie im allgemeinen nach fünfjähriger Tätigkeit eine Prämie erhalten und dann aus dem Dienst ausscheiden.

Bei einer kritischen Erörterung dieser Vorschläge, soweit sie sich auf die öffentlichen Irrenanstalten beziehen, wird billigerweise nicht unberücksichtigt bleiben dürfen, daß es sich nur um

*) Norddeutsche Allgemeine Zeitung vom 8. Okt. 1909 (Nr. 236), Jenaische Zeitung vom 27. Okt. 1909.



einen allgemein orientierenden Zeitungsartikel, nicht aber um eine erschöpfende Darlegung der von dem Autor empfohlenen Organisation handelt. Trotzdem erscheint es angebracht, schon jetzt zu dem Projekt Stellung zu nehmen und auf den prinzipiellen Fehler hinzuweisen, der in der vorgeschlagenen Zweiteilung der Pflege unter Schwestern und ihnen unterstellte Wärterinnen liegt. Ebenso wie der Verfasser des Artikels es mit vollem Recht für die körperliche Krankenpflege für unumgänglich notwendig hält, daß das gesamte Pflegepersonal ein einheitliches ist, muß auch für die Irrenpflege das gleiche gefordert werden: eine Trennung in höhere und niedere Dienste ist auch bei ihr ohne Willkür und, was ausschlaggebend ist, ohne Schaden für die Kranken nicht angängig. Wo liegt denn z. B. bei der Pflege eines gelähmten, einer unsauberen, schmierenden oder unruhigen und gewalttätigen Kranken die Grenze, bei der die „gröbere Arbeit" anfängt und die Pflege im engeren Sinne aufhört? Ein aus der Sache heraus sich ergebendes Kriterium für solche Scheidung wird schwerlich aufzustellen sein. Gewiß kann man mehr oder minder willkürlich den Küchendienst, die Hausreinigung, die Arbeitsstuben u. dgl. als „gröbere Arbeit" bezeichnen; solange wir aber in einer möglichst mannigfaltigen Beschäftigung der Kranken ein besonders wichtiges Hilfsmittel bei ihrer Pflege und Behandlung erblicken und Wert darauf legen, daß auch in der Küche, bei der Reinigung etc. die Kranken unter Leitung und Aufsicht mithelfen, können wir unmöglich diese Tätigkeit als einen minderwertigen Dienst kennzeichnen, für den die Vorbildung einer untergeordneten Wärterin ausreicht. Wir würden dadurch einen unbegründeten und nicht unbedenklichen Gegensatz zu dem Teil des Pflegedienstes schaffen, der den Schwestern vorbehalten bleibt, aber unter Umständen durchaus nicht verantwortungsreicher oder schwieriger ist. Wenn irgendwo, bildet gerade in der Irrenpflege der Kranke mit all seinen Bedürfnissen und Wünschen und seiner ganzen Umgebung eine organische Einheit, die auch einheitliche Pflege und Wartung verlangt; es geht nicht an, hierbei irgendwo eine künstliche Trennung zu machen und zu sagen: das ist ungebildeter Wärterinnen Arbeit, das hier gebildeter Schwestern Arbeit. Gewiß setzt sich die Irrenpflege oft genug nur aus zahlreichen kleinen, auch wohl recht unsauberen und körperlich anstrengenden Dienstleistungen zusammen; während wir aber bisher hierin gerade einen Vorteil für die Erziehung unseres Pflegepersonals gesehen haben und bei seiner Ausbildung Wert darauf gelegt haben, zu zeigen, wie auch das scheinbar Unbedeutende von Wichtigkeit für den schließlichen Ausgang wird, und wie nur gewissenhafte Arbeit, auch im Kleinen und Groben, zum Erfolg führt und Berufsfreudigkeit schafft, könnten wir den Wärterinnen in Zukunft theoretisch freilich das gleiche vortragen, müßten aber hinzufügen, daß sie selbst nur Handlangerdienste dabei zu leisten haben, daß aber der wesentliche Anteil an einem etwaigen Erfolg der Pflegearbeit den Schwestern gebühren werde. Daß auch dann noch das Ziel erreicht werden kann, das der Verfasser für die Ausbildung der Wärterinnen aufstellt, nämlich, daß man ihnen nach etwa fünf Jahren Anstaltsdienst mit gutem Vertrauen geisteskranke Pensionäre als Familienpfleglinge überweisen kann, soll nicht bestritten werden. Aber dieses Bildungsziel ist doch allzu bescheiden; jedenfalls hat sich die Familienpflege in weitester Ausdehnung entwickelt und blüht seit Jahrzehnten auch dort, wo die Pflegefrauen überhaupt keine fachliche Vorbildung haben. Und doch genügen sie allen billigen Anforderungen! — An fast allen Anstalten haben wir jetzt gehobene Stellen (Abteilungspflegerinnen, Oberpflegerinnen u. ä.), die wir als verdiente Anerkennung in erster Linie den pflichttreuen und bewährten Gliedern des Pflegerinnenstandes offen halten; die Möglichkeit, einmal in eine solche Stelle einzurücken, hat schon manche tüchtige Arbeitskraft der Anstalt erhalten und sich durch den damit geschaffenen Anreiz, auch einmal gesteigerten Ansprüchen zu genügen, als Erziehungsmittel bei der Ausbildung des Personals gut bewährt. Diese Möglichkeit fällt natürlich weg, wenn der genannte Plan Wirklichkeit wird; dafür soll den Pflegerinnen nach fünfjähriger Dienstzeit eine Prämie und die Zuweisung von Familienpfleglingen, „sobald sie eine Familie gegründet haben", in Aussicht gestellt werden Es kann ja sein, daß sich hierdurch eine Anzahl Wärterinnen an den Anstaltsdienst werden fesseln lassen, aber auch wenn wir davon absehen, daß — bis jetzt wenigstens noch — die Gründung einer Familie Sache des Mannes und nicht der Frau ist, glaube ich nicht, daß es gerade die strebsamen und tüchtigen Elemente unter unseren heutigen Pflegerinnen sein werden, die sich jahrelang mit derart untergeordneten Stellen, wie den der künftigen Wärterinnen, begnügen werden. Ein Herabsinken des Niveaus der Pflegerinnen dürfte bei einer Verwirklichung des Vorschlags sicher sein. Die Wärterinnen werden dann im wesentlichen das werden, was nach der — freilich irrtümlichen — Ansicht des Verfassers unsere Pflegerinnen schon jetzt sind, nämlich Dienstboten.

Wie der Verfasser die systematische Ausbildung unserer Pflegerinnen am Krankenbett und durch ärztlichen Unterricht, die Existenz einer besonderen irrenärztlich geleiteten Fachzeitschrift für das Pflegepersonal und die Anstellungsbedingungen der Pflegerinnen (vielfach als Beamte oder doch im Wege des Privatdienstvertrages) in Einklang bringen will mit seiner Behauptung, „die Wärterinnen haben (sc. gegenwärtig) Dienstbotenstellung", werden wir ihm überlassen müssen, ebenso brauchen wir wohl kein Wort darüber zu verlieren, wenn er meint, daß die Pflege von Geisteskranken weniger körperliche Anstrengungen erfordert als die körperliche Krankenpflege. Er wird uns ferner gestatten müssen, daß wir nur im Stillen seinen Optimismus bewundern, der ihn zu der Annahme führt, daß für die Schwestern „eine im Vergleich zur Besoldung in der körperlichen Krankenpflege um 100 M. höhere Honorierung sich leicht erreichen lassen wird". Nicht schweigen können wir aber, wenn er zur Begründung seiner Empfehlung der Irrenanstalten (im Gegensatz zu Krankenhäusern)

als Tätigkeitsfeld für ältere Damen anführt, daß Frauen, die im eigenen oder elterlichen Hause bereits eine gewisse Selbständigkeit gehabt haben, sich schwerer als jüngere Mädchen noch in die abhängige Stellung des Krankenhauses hineinfinden; das heißt also im Zusammenhang mit späteren Ausführungen: für eine Frau, die über die Mädchenjahre hinaus ist und keine Fachbildung hat, aber doch einen befriedigenden und sie materiell sicherstellenden Lebensberuf finden möchte, genügt eine $^3/_4$jährige theoretische und praktische Ausbildung in der Irrenpflege, um über die Wärterinnen gestellt zu werden und selber eine Stellung im Anstaltsbetriebe einzunehmen, die nicht so abhängig ist wie die einer Schwester im Krankenhause. Demgegenüber muß dann doch betont werden, daß gerade der komplizierte Betrieb einer großen Anstalt von jedem, der in ihm mit Erfolg tätig sein will, willige Unterordnung fordert und für Selbständigkeitsbestrebungen der mit der Krankenpflege betrauten Dienststellen wenig Raum läßt. Gewiß wird der Arzt, der für den gesamten Krankendienst allein maßgebend bleiben muß, dankbar anerkennen, wenn die ihm unterstellten Pflegepersonen seine Anordnungen nicht nur mechanisch, sondern mit Verständnis für das Wesentliche ausführen und sich auch unvorherzusehenden Situationen durch selbständiges Urteil gewachsen erweisen, aber eine unabhängigere Stellung als im körperlichen Krankenhause kann und darf er ihnen im Interesse seiner Kranken nicht einräumen.

Wir Irrenärzte sind gewiß nicht blind gegen die Mängel unseres derzeitigen Pflegepersonals und wissen selbst, wie weit der Erfolg noch vielfach hinter unseren Bemühungen zu ihrer Abhilfe zurückgeblieben ist; eine uns von anderer Seite gebotene Unterstützung unserer Bestrebungen kann uns daher nur willkommen sein. Die jetzt wieder zur Diskussion gestellte Einführung der Schwesternpflege darf daher unseres regen Interesses und ernster Prüfung sicher sein; weitere Erörterungen in der Fachpresse, wieweit und durch welche Mittel es möglich sein wird, die ihr bisher im Wege stehenden Schwierigkeiten zu beseitigen, insbesondere auch, ob und wodurch der erforderliche Einfluß des Arztes auf die Auswahl und die Ausbildung der ihm zu unterstellenden Schwestern ausreichend gewahrt werden kann, können nur erwünscht sein. Hier handelt es sich zunächst nur um grundsätzliche Stellungnahme zu einem bestimmten, in die Öffentlichkeit gebrachten Vorschlag, dessen Ausführung nach der Zeitungsnachricht bereits so weit vorbereitet ist, daß den Frauen, die dem Werberuf folgen, bestimmte Aussichten für ihre Zukunft gemacht werden können. Da scheint es doch notwendig zu sein, mit aller Bestimmtheit auszusprechen, daß die Trennung der Pflege Geisteskranker in gröbere Arbeiten oder Handlangerdienste, für die ungebildete Wärterinnen gut genug sind, und in Pflege im engeren Sinne, die für ältere Damen gut genug ist, denen die abhängige Stellung einer Krankenhausschwester nicht genehm ist und die sich auch den körperlichen Anforderungen einer Krankenhaustätigkeit nicht mehr ganz gewachsen fühlen, sich mit einer gedeihlichen Weiterentwicklung der Irrenpflege nicht verträgt. Wir werden es gern begrüßen, wenn es sich bewahrheitet, daß der Leiter einer großen Provinzialanstalt sich bereit erklärt hat, gebildeten Frauen Gelegenheit zu geben, praktisch und theoretisch die Irrenpflege zu erlernen; wollen aber diese dann später das Erlernte zu ihrem Lebensberufe machen, müssen wir verlangen, daß sie für ihren schweren und anstrengenden Dienst auch den erforderlichen hohen Grad körperlicher und geistiger Elastizität und Frische mitbringen, daß sie sich gern und willig unterordnen und ihre gesamte Arbeitskraft ohne Einschränkung der Pflege unserer Kranken zur Verfügung stellen, bei der Unterscheidungen in wichtige oder weniger wichtige, feine oder grobe, passende oder unpassende Arbeiten noch weniger zulässig sind als bei der Pflege körperlich Kranker.

Mitteilungen.

— **Hamburg.** Die Bürgerschaft hat in ihrer Sitzung vom 27. Oktober d. Js. folgenden Beschluß betr. § 6 der Medizinalordnung in zweiter (endgültiger) Lesung mit 68 gegen 66 Stimmen angenommen. Die Bürgerschaft beschließt und ersucht den Senat um seine Mitgenehmigung, daß an die Stelle des zweiten Absatzes des § 6 der Medizinalordnung vom 29. Dez. 1899 die folgende Bestimmung tritt: Alle Insassen der staatlichen und privaten Anstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptische, wie auch ihre Angehörigen haben das Recht, an das Medizinalkollegium Beschwerden zu richten. Die von den Insassen erhobenen Beschwerden sind von der Anstaltsleitung zu befördern. Der ärztliche Leiter der Anstalt hat bei Beförderung einer von einem Insassen erhobenen Beschwerde einen Bericht über die Umstände des Falles beizufügen und sich über die von den Angehörigen eines Insassen erhobene Beschwerde auf Anfordern des Medizinalkollegiums zu erklären. Das Medizinalkollegium kann Beschwerden von Insassen der staatlichen Anstalten oder der Angehörigen derselben der vorgesetzten Verwaltungsbehörde zur Entscheidung überweisen. In Beschwerdesachen sind diejenigen Ärzte, die bereits in dem betreffenden Falle ein Gutachten abgegeben haben, von der Teilnahme an der Beratung und Beschlußfassung auszuschließen. (Der zweite Teil des Antrages wurde in der letzten Sitzung endgültig genehmigt. Dieser lautet: Personen, die auf Veranlassung eines Gerichts oder einer Strafvollstreckungsbehörde in einer öffentlichen Anstalt untergebracht sind, sowie deren Angehörigen steht das vorstehend geregelte Beschwerderecht nur in bezug auf Beschwerden zu, die sich nicht gegen die Einbringung in die Anstalt oder gegen die Zurückhaltung in der Anstalt richten.)



Referate.

— **Die Gehirnoberfläche von Paralytischen.** Ein Atlas von 49 Abbildungen nach Zeichnungen, erläutert und mit einer Einleitung versehen, herausgegeben von Medizinalrat Prof. Dr. P. Näcke in Hubertusburg, Ehren- und korrespondierendem Mitgliede vieler wissenschaftlichen Gesellschaften. Mit einem Vorwort von Geh. Rat Prof. Dr. Flechsig in Leipzig. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1909.

Im Hinblick darauf, daß nur ein kleiner Prozentsatz von Luetischen von Paralyse befallen wird, ist, wie Flechsig im Vorwort zutreffend bemerkt, von besonderer Wichtigkeit zu erforschen, welche individuellen Dispositionen bei der Erkrankung an Paralyse mitwirken, und Näcke hat sich ein großes Verdienst erworben damit, daß er die Beziehungen der Paralyse zu angeborener Belastung, soweit sie in der äußeren Hirnform, in der Anordnung der Furchen und Windungen sich ausprägt, festzustellen versucht hat.

Näcke konstatiert, daß gewisse Bildungen bei den Paralytikern häufiger auftreten, und gewisse andere Anomalien nur bei Paralytikern. Auch hatte er früher schon gezeigt, daß die selteneren Variationen an der Hirnoberfläche bei den Paralytikern entschieden häufiger sind als bei Normalen, besonders aber die Hemmungsbildungen, so daß seine Annahme, das paralytische Gehirn sei zumeist ab ovo minderwertig, weniger resistent, mehr oder weniger invalid, immer wahrscheinlicher geworden ist. Diese — vielleicht spezifische — Anlage wird wahrscheinlich durch Syphilis gesteigert, die also nicht ausschließliche, sondern nur Gelegenheitsursache zu sein braucht, während eine kleine anderweitige Ursache erforderlich ist, um das Leiden selbst auszulösen.

So wie das Werk des Autors selbst ein sehr mühevolles gewesen ist, so benötigt es auch ein sorgfältiges Studium, wenn man sich in die hochinteressante Physiognomik vertiefen will, die der Verfasser von der Gehirnoberfläche entwirft. Vertiefung, nicht bloß Lektüre, freilich, ist zum wissenschaftlichen Verständnis und Genuß dieses Werkes Voraussetzung. Man muß mit Flechsig voll übereinstimmen darin, daß der Verfasser hier tatsächliches Material von dauerndem Wert bietet, und in der Erwartung, daß die Studie den Anstoß zu einer weitgehenden Bewegung auf wissenschaftlichem Gebiet bilden wird, speziell auch für die Frage nach der Bedeutung der äußeren Form der Hemisphären für die geistige Konstitution.

Nur sehr wenige der in den letzten Jahren erschienenen Erzeugnisse psychiatrischer Forschung und psychiatrischen Fleißes können sich dem Atlas Näckes ebenbürtig zur Seite stellen. Möge er von den Fachkollegen recht fleißig zu weiteren Studien benutzt werden, möge aber auch jede Anstaltsbibliothek sich das vorzüglich ausgestattete Werk anschaffen und so unserem sehr verehrten Herrn Kollegen Näcke die gewiß nicht geringen Herstellungskosten einbringen helfen, von denen man eigentlich hätte wünschen können, daß sie von dem für dergleichen Zwecke wohl in jedem Lande zur Verfügung stehenden Fonds übernommen wären. Dr. Bresler.

— Haeckel, Das Menschheitsproblem und die Herrentiere von Linné. 4. bis 8. Tausend. Frankfurt, Neuer Frankfurter Verlag. 64 S. 2 M.

Ein erweiterter Vortrag. Verf. entwickelt seine bekannten Ansichten über die Deszendenzlehre und die monistische Weltanschauung und bekämpft mit Recht die verbohrten Ansichten Reinkes, Wasmanns, Fabers etc. Von allen Hypothesen ist wohl sicher die der Abstammungslehre Lamarcks die bestgegründete und aus ihr folgt konsequenterweise der Monismus. Folglich kann es nur eine biologische, nicht aber dualistische Psychologie für den Denker geben. Näcke

— Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affinns fundados pelos Drs. Juliano Moreira e Afranio Peixoto. Rio de Janeiro.

Dies vom Ref. seinerzeit bereits angezeigte Unternehmen tritt jetzt in seinen fünften Jahrgang ein und hat die Erwartungen voll erfüllt. Wir sehen, daß auch in Brasilien sehr tüchtige Psychiater wirken und schreiben, und daß die deutsche psychiatrische Schule fast überall den Sieg davongetragen hat. Es werden nicht nur die neuesten Erscheinungen der Psychiatrie sofort eingehend besprochen oder übersetzt, sondern es sind auch eine Reihe vortrefflicher Arbeiten psychiatrischen, neurologischen Inhalts etc. brasilianischer Irrenärzte darin enthalten, die auch wir kennen lernen sollten. Auch brasilianische Dissertationen psychiatrischen etc. Inhalts finden Berücksichtigung, ebenso einheimische Werke. Möge dieses Archiv unter der ausgezeichneten Redaktion Dr. Jul. Moreiras weiter gedeihen! Näcke.

— Falkenberg, W., Die Pflege Geisteskranker. Anleitung zum Krankendienst. II. Auflage. Leipzig, Thieme, 1909.

Unter den Leitfäden für den Pflegerunterricht, welche wir besitzen, zeichnet sich der vorliegende dadurch aus, daß der Unterrichtsstoff auf das Notwendigste beschränkt ist unter Vermeidung aller nicht unbedingt erforderlichen theoretischen Auseinandersetzungen. Vielfach wird das Programm für die Kurse noch weiter gefaßt werden können, jedoch nur dort, wo bei einem mehr seßhaften Personal überhaupt Zeit zu größerer Ausführlichkeit vorhanden ist. An vielen Anstalten muß infolge des leidigen lebhaften Personalwechsels die Dauer und damit der Inhalt der Lehrkurse gekürzt werden. Besonders für solche Fälle gibt die knappe, klare Anleitung Falkenbergs gute Anhaltspunkte. Mercklin.

Personalnachrichten.

— Heil- und Pflegeanstalt **St. Getreu** zu Bamberg. Dr. med. Konrad Zirkel ist am 15. Oktober als Assistenzarzt eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 35. 20. November **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die Behandlung der Epilepsie mit Bromglidine. Von Dr. Kurt Halbey, Oberarzt in Uckermünde. (S. 305.) — Mitteilungen (S. 308): Berlin. — Paris. — Referate (S. 308).

Aus der Provinzial-Heil-Anstalt bei Uckermünde. (Direktor: Geheimer Sanitätsrat Dr. Knecht.)

Die Behandlung der Epilepsie mit Bromglidine.

Von Dr. *Kurt Halbey*, Oberarzt.

I.

Die Behandlung der Epilepsie wird auf so vielfachen Wegen und durch so zahlreiche Mittel in Angriff genommen, daß wir aus dieser großen Mannigfaltigkeit der antiepileptischen Kurmethoden sehr mit Recht schließen können, daß keines der Mittel imstande ist, einen wirklichen und unfehlbaren Erfolg zu erzielen, obwohl jedes neue Mittel gegen die Epilepsie und die epileptischen Krämpfe mit Freude, ja oft mit Enthusiasmus begrüßt wird, um über kurz oder lang in Vergessenheit zu geraten.

Die Beseitigung der Ursachen, die Regelung des hygienischen Regimes und die Anwendung spezifischer Medikamente sind nach Binswanger die Grundregeln, nach denen eine rationelle Epilepsiebehandlung einzusetzen hat.

Wir wollen im Rahmen dieser kurzen Auseinandersetzung von den prophylaktisch-hygienischen und diätetischen Maßnahmen absehen und uns zu der medikamentösen Behandlung der Epilepsie wenden. Hier tritt uns ein wahres Arsenal von spezifischen Heilmitteln gegen die Epilepsie entgegen, von denen wissenschaftlich erprobt nur eine geringe Menge ist.

In erster Linie werden auch heute noch die Bromsalze als Heilmittel gegen die Epilepsie genannt. Diese Medikamente wurden von Lokock und M'Donnel im Jahre 1851 in die medizinische Praxis eingeführt und haben sich auch bis heute, wie gesagt, ihren Platz in der vordersten Reihe der antiepileptischen Mittel bewahrt. Wie die Erfahrungen gelehrt haben, sind die Vorbedingungen, die zu günstigen Erfolgen in der Behandlung der Epilepsie durch Bromsalze führen, **erstens die lange Dauer der Darreichung des Mittels**, und zweitens die Anwendung großer Dosen. Die Anfangsdosis soll gewöhnlich 6 g pro Tag sein; eine tägliche Gabe unter **5 g** soll ohne Wirksamkeit auf den menschlichen Organismus sein; Gaben von 8 bis 10 bis 12, ja bis 20 g sind ohne Schädigung vertragen worden. Es muß mit der Bromdarreichung in der Tat soweit kommen, daß wir mit Feré und Voisin sagen können, daß die Bromdarreichung fast zum Nahrungsmittel der Epileptiker geworden ist.

Naturgemäß muß bei langdauernder Darreichung größerer Bromdosen eine Intoxikation einsetzen, deren Folgen — als Bromismus bekannt — in verschiedener Stärke auftreten und sich sehr unangenehm bemerkbar machen, obschon die meisten der Epilepsie-Forscher mit Recht und Übereinstimmung auf dem Standpunkte stehen, daß ein gewisser Grad von chronischer Bromvergiftung notwendig sein muß, um eine gute und rationelle Kur zu machen und Erfolge zu erzielen.

Es herrscht indessen doch das Bestreben, neue Bromverbindungen oder Ersatzmittel für die Bromsalze ausfindig zu machen, die dem Werte der alten Medikamente nicht nachstehen, aber doch ihre Nebenwirkung nicht besitzen, und die gleichzeitig noch den Zweck haben sollen, die Bromwirkung zu verstärken, wie das bei der durch Flechsig in die Wissenschaft eingeführten Opium-Brom-Behandlung angestrebt wird. Mit Brom sind ferner Codeinum phosphoricum, Borax, Adonis vernalis und viele andere Mittel kombiniert worden, ohne daß die Erwartungen erfüllt sind, die man in bezug auf die Bekämpfung oder das Ausschalten des Bromismus an die Kombination der Mittel geknüpft hatte. In neuester Zeit haben Richet und Toulouse auf diätetische Erwägungen aufmerksam gemacht, die sich auf Entziehung des Kochsalzes



beziehen, und die selbst bei Bereitung der Speisen anstatt des Kochsalzes Bromsalze zu nehmen empfehlen. Ähnliche Prinzipien verfolgt die Balintsche Bromapankur. Als Ersatzmittel der Bromsalze sind aus neuerer Zeit noch das Bromipin und das Bromalin zu nennen, die vor allen Dingen bei den Fällen zur Anwendung gelangen sollen, bei denen Störungen des Magen-Darmtraktus auftreten. Binswanger hat auch von der Darreichung von Neuronal (dreimal täglich 0,25 g) wenigstens bei frisch erkrankten und jugendlichen Individuen Erfolge gesehen.

In der neuesten Zeit bringt die chemische Fabrik Dr. Klopfer in Dresden-Leubnitz ein Präparat in den Handel, das „Bromglidine" benannt ist. „Bromglidine" ist ein Pflanzeneiweißbrompräparat, bei dem das Brom derart an das Eiweiß gebunden ist, daß einerseits eine schnelle Bromwirkung einsetzen kann und andererseits doch keine Masseneinwirkung auf die Schleimhäute wie bei der Darreichung von metallischen Bromsalzen eintritt. Borutteau (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908, Nr. 44) kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultate, daß das Brom des Bromglidine genau wie das des Bromkaliums ausgeschieden wird, nur mit dem Unterschiede, daß die Ausscheidung gleich zu Beginn der Darreichung stärker einsetzt. Auch die physiologische Wirkung scheint im Verhältnis zum Bromgehalt intensiver zu sein, so daß geringere Bromgaben genügen, wenn sie als Bromglidine gegeben werden.

Wichtig ist ferner noch, daß bei der Darreichung von Bromglidine kein Brom im menschlichen Körper aufgespeichert wird, und daß es, wenn auch allmählich, so doch vollständig den Organismus wieder verläßt. Bromglidine soll weiter keine Reizung und Belastung des Darmes, keine Störungen des Appetites und auch nicht die auf die metallischen Bromsalze zurückzuführende Akne hervorrufen. Eulenburg (Therapie d. Gegenwart, 8, 08) kommt bei der Besprechung der Neurasthenie-Behandlung auf die Brompräparate als Analgetikum und Sedativum zu sprechen und erwähnt, daß gerade in letzter Zeit die metallischen Bromsalze durch solche Präparate ersetzt seien, bei denen das Brom organisch an Eiweiß und Fette gebunden sei, wobei er „Bromglidine" in Erinnerung bringt. In einer neueren Abhandlung über diätetische und pharmazeutische Epilepsiebehandlung in der ärztlichen Privatpraxis berichtet Eulenburg weiter über seine Versuche mit Bromglidine bei Epileptikern, die ergeben haben, daß Bromglidine-Gaben von sechs Tabletten (0,3 Brom) für leichtere Fälle genügt hätten, während bei schwereren Fällen noch die Erfahrungen abgewartet werden müßten. Togami (aus der biochemischen Zeitschrift, Band 13, Heft 1 und 2) betont, daß für die Praxis seine Versuche an vier Pawlowschen Hunden ergeben haben, daß das Bromglidine den Bromsalzen gegenüber den Vorzug hat, da keine — sonst bei Bromgaben leicht eintretende — Nebenerscheinungen des Verdauungstraktus eintreten.

Für meine Versuche war mir von der Firma Dr. Klopfer in Dresden-Leubnitz bereitwilligst eine größere Menge „Bromglidine" zur Verfügung gestellt worden.

II.

Ich habe zu meinen Versuchen zehn Epileptiker der Männerstation der hiesigen Anstalt herangezogen, die während des letzten Jahres nur in ganz geringen Mengen metallische Bromsalze erhalten hatten. Ich will dabei vorweg betonen, daß ich persönlich bei alten Fällen mit erheblicher geistiger Schwäche, bei denen die Anfälle nicht sehr häufig aufzutreten pflegen, gern ohne Bromsalzmedikation auskomme, und ich habe die Erfahrung gemacht, daß die epileptischen Charaktereigenschaften, vor allen Dingen die Reizbarkeit unserer Kranken abnehmen, und die Neigung zu Gewalttätigkeit fast gänzlich schwindet; das betrachte ich in der Tat als einen Segen für die Kranken und ihre Umgebung, wenn man auch die Anzahl der Anfälle dabei leider in Kauf nehmen muß.

Die Bromglidinegaben und die Anfälle verteilen sich auf die zehn Untersuchungsfälle so, wie sie in der folgenden Tabelle zusammengestellt sind. Die Versuche und Beobachtungen begannen durchweg mit dem 18. Juli 1909 und wurden bei allen zehn Epileptikern am 26. August geschlossen; sie erstreckten sich also ungefähr auf einen Zeitraum von vierzig Tagen.

(Das erste Feld bei jedem Fall enthält die Anzahl der Bromglidinegaben à 0,05 g Brom, das zweite Feld gibt die Zahl der Anfälle am Tage, das dritte die der Nacht an.)

Ich habe nicht ohne Grund eine Scheidung der Anfälle vorgenommen; und zwar habe ich die epileptischen Anfälle, die während des Tages eingetreten sind, von denen, die sich in der Nacht eingestellt haben, getrennt aufgeführt, da ich mich bereits nach den ersten Darreichungen von „Bromglidine" überzeugen konnte, daß nunmehr die Anfälle unserer Epileptiker mehr in der Nacht eintraten als am Tage; das war eine Erscheinung, die im Gegensatze zu früheren Zeiten auch dem Pflegepersonal ganz besonders auffiel. In der Tat verteilten sich während der vierzig Tage der Beobachtung die gesamten An-

Dat.	Fall I			Fall II			Fall III			Fall IV			Fall V		
Juli															
18.	2	—	1	2	—	—	2	—	—	2	—	—	2	—	—
19.	2	—	1	2	—	—	2	—	—	2	—	1	2	—	—
20.	2	—	—	2	—	—	2	—	—	2	—	1	2	—	1
21.	2	—	1	2	—	1	—	—	—	2	—	—	2	—	—
22.	2	—	—	2	1	1	—	—	—	2	—	—	2	—	—
23.	2	—	2	2	—	—	—	—	—	2	—	—	2	—	1
24.	2	—	—	2	—	1	—	—	—	2	—	—	2	—	—
25.	2	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—
26.	2	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—
27.	2	—	—	2	—	1	—	—	1	2	—	—	—	—	—
28.	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1
29.	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	2
30.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
31.	2	—	—	2	—	—	—	—	—	2	2	—	2	1	2
August															
1.	3	—	—	3	—	—	2	—	—	3	2	1	3	—	1
2.	3	—	1	3	—	—	2	—	—	3	1	1	3	—	—
3.	3	1	—	4	—	—	3	—	—	4	—	—	4	—	—
4.	3	—	—	4	—	—	3	—	—	4	—	—	4	—	—
5.	3	—	1	4	—	—	3	—	—	4	—	1	4	—	1
6.	4	—	1	4	—	1	3	—	—	4	—	—	4	—	—
7.	4	—	—	4	—	—	3	—	—	4	—	—	4	—	—
8.	4	—	—	4	—	—	4	1	—	4	—	—	4	—	—
9.	4	—	—	4	—	—	5	—	—	5	—	—	5	—	—
10.	5	—	—	5	—	—	5	—	—	5	—	—	5	—	—
11.	5	—	1	5	—	—	5	—	—	5	—	—	5	—	—
12.	5	1	—	5	—	—	5	—	—	5	—	—	5	—	1
13.	6	—	—	6	—	—	6	—	—	6	—	—	6	1	—
14.	6	—	—	6	—	—	6	—	—	6	—	—	6	—	—
15.	6	—	1	6	—	—	6	—	—	6	—	—	6	—	1
16.	7	2	—	7	—	1	7	—	—	7	1	—	7	—	1
17.	7	—	—	7	—	—	7	—	—	7	1	1	7	—	1
18.	7	—	—	7	—	—	7	—	1	7	—	4	7	—	2
19.	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	1	2	8	—	—
20.	8	—	—	8	—	1	8	—	—	8	—	—	8	—	—
21.	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	1	—
22.	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—
23.	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—
24.	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—
25.	7	—	—	7	—	—	7	1	—	7	—	—	7	—	1
26.	6	—	1	6	—	—	6	—	—	6	—	—	6	—	—

Dat.	Fall VI			Fall VII			Fall VIII			Fall IX			Fall X		
Juli															
18.	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
19.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20.	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21.	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22.	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
23.	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
28.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
29.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30.	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
31.	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
August															
1.	3	—	—	3	—	—	2	—	—	3	1	—	3	1	—
2.	3	—	—	3	1	—	2	—	—	3	1	—	3	1	—
3.	4	—	—	3	—	—	3	—	—	3	—	—	3	—	—
4.	4	—	—	3	—	—	3	—	—	3	—	2	4	—	1
5.	4	—	1	3	—	—	3	—	—	4	—	—	4	—	—
6.	4	—	—	4	—	—	4	—	—	4	—	—	4	—	2
7.	4	—	—	4	1	—	4	—	—	4	—	—	4	—	—
8.	4	—	—	4	—	—	4	—	—	4	—	—	4	—	—
9.	5	—	3	5	—	—	4	—	—	5	1	—	5	—	—
10.	5	—	—	5	—	—	5	—	—	5	1	—	5	—	—
11.	5	—	—	5	1	—	5	—	—	5	—	—	5	—	—
12.	5	—	—	5	—	—	5	—	—	5	—	1	5	—	1
13.	6	—	1	6	—	2	6	—	—	6	—	—	6	—	—
14.	6	—	1	6	—	—	6	—	—	6	—	1	6	—	1
15.	6	—	—	6	1	—	6	—	—	6	—	1	6	—	—
16.	7	—	1	7	—	—	7	—	—	7	—	—	7	—	—
17.	7	—	2	7	—	—	7	—	—	7	—	—	7	—	—
18.	7	—	—	7	—	—	7	—	—	7	—	—	7	—	—
19.	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—
20.	8	—	1	8	1	1	8	—	—	8	—	—	8	—	—
21.	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	1	8	—	—
22.	8	—	2	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—
23.	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—
24.	8	—	1	8	—	—	8	—	—	8	—	—	8	—	—
25.	7	—	—	7	—	—	7	—	—	7	1	—	7	—	—
26.	6	—	—	6	—	—	6	—		7	—	—	7	—	—

fälle der zehn Epileptiker in bezug auf Tag und Nacht derart, daß von 121 Anfällen auf die Nacht 81 und 37 auf den Tag fielen, während sich in der gleichlangen Zeitdauer ohne Bromglidine, in der allerdings ab und zu einzelnen Kranken metallische Bromsalzdosen gegeben waren, die Gesamtzahl der Anfälle in Höhe von 179 auf 108 Anfälle am Tage und 71 auf die Nacht verteilte. Es hat sich auch weiter ergeben, daß die Gesamtzahl der Anfälle auf Darreichung von Bromglidine erheblich abnimmt, was allerdings auch bei der Medikation der metallischen Bromsalze der Fall ist. Bei vielen Kranken traten nur ganz leichte, kurz verlaufende Anfälle ein. Ferner war es sehr auffällig, daß sich die Reizbarkeit und die Neigung zur Gewalttätigkeit unserer Kranken bei Darreichung von Bromglidine nicht einstellte, wie ich es nur allzuoft bei der Darreichung von metallischen Bromsalzen bei unseren Epileptikern zu beobachten Gelegenheit hatte und was mich, wie ich schon eingangs erwähnt habe, so oft veranlaßt hat, von einer Brommedikation gänzlich Abstand zu nehmen, selbst auf die Gefahr hin, daß sich die Anfälle der Epileptiker häuften. Von Bromismus oder sonstigen unangenehmen Erscheinungen, die auf den Genuß von Brom zurückzuführen waren, habe ich bei der Bromglidine-Medikation nichts wahrgenommen, obgleich ich größere Mengen Bromes (0,4 g pro Tag) dem Körper einverleibt hatte. Diese Beobachtung stimmt mit denen anderer Autoren völlig überein. Das Mittel läßt sich übrigens sehr gut einnehmen, hat keinen unangenehmen Geschmack und ist von sämtlichen zur Untersuchung und Beobachtung herangezogenen Kranken ohne Widerstreben eingenommen worden.

Daß die Anfälle bei Bromglidinedarreichung durchweg auf die Nacht verlegt wurden, mag in der Tatsache begründet sein, auf die schon Togami hinweist, daß das Brom der Bromglidine schneller vom Körper resorbiert wird als das Brom der metallischen Bromsalze und infolgedessen schneller zur Wirkung gelangt. Auf Grund der Untersuchungsergebnisse kann Bromglidine als vorzügliches Mittel gegen Epilepsie resp. gegen die Bekämpfung der epileptischen Anfälle sehr empfohlen werden.

III.

Die Ergebnisse meiner Untersuchungen und Beobachtungen fasse ich in folgenden Sätzen zusammen:

1. Bromglidine steht in seiner Wirksamkeit bei der Behandlung der Epilepsie den metallischen Bromsalzen nicht nach; die epileptischen Anfälle treten auf Darreichung von Bromglidine erheblich zurück.

2. Dagegen übertrifft Bromglidine die metallischen Bromsalze an Schnelligkeit der beabsichtigten Wirkung, da es schneller vom Körper resorbiert wird, so daß die epileptischen Anfälle durchweg am Tage zurücktreten und ihr Auftreten mehr in die Nacht fällt; dies hat entschieden seinen Vorteil, besonders bei den Kranken, die am Tage ihrem Beruf nachgehen und arbeiten müssen.

3. Das Auftreten der den metallischen Bromsalzen eigenen unangenehmen Erscheinungen des sogen. Bromismus ist bei Darreichung von Bromglidine selbst bei größeren Gaben ausgeschlossen.

4. Die Reizbarkeit und Neigung zur Gewalttätigkeit der Epileptiker wird bei Darreichung von Bromglidine nicht wie bei der Medikation von metallischen Bromsalzen erhöht.

Mitteilungen.

— **Berlin**, 9. XI. 09. In der heutigen Sitzung der städt. Deputation für Irrenpflege wurden die Spezialentwürfe und Kostenanschläge für mehrere Gebäude der vierten Irrenanstalt in Buch beraten und angenommen. Die Anschläge erreichen den Betrag von 4 Millionen Mark. — Die Gesamtbaukosten dieser Anstalt sind auf 13 Millionen veranschlagt worden.

— **Paris**, 6. November. In der hiesigen öffentlichen Irrenanstalt Ste.-Anne trug sich folgender traurige Fall zu. In einem Krankenzimmer waren ein blinder Wahnsinniger und ein Tobsüchtiger untergebracht, der mit der Zwangsjacke angetan in seinem Bette lag. Der Blinde schien ruhig zu sein. Plötzlich rief fürchterliches Geschrei die Wärter herbei. Sie stellten entsetzt fest, daß der Blinde sich auf den wehrlos Daliegenden gestürzt und ihm mit den Fingernägeln beide Augen ausgerissen hatte. Als man in die Stube eindrang, spielte der Blinde mit den ausgerissenen Augen und rief den Eintretenden jubelnd zu: „Da ich blind bin, habe ich ihm seine Augen genommen. Ich will ihm gern meine dafür geben!"

Referate.

— **III. Internationaler Kongreß für Irrenpflege**, Wien, 1908. Offizieller Bericht. Kommissionsverlag von Marhold, Halle a. S. 639 S.

Verschiedene der in diesem Bande veröffentlichten Vorträge sind bereits in dieser Wochenschrift in extenso mitgeteilt worden.*) Es erübrigt also nur hier ein Referat über die übrigen zu geben, wobei einige kleine und unbedeutende weggelassen wurden.

*) Bresler, Gegenwärtiger Stand des Irrenwesens, X, Nr. 31. — Starlinger, Streifzüge durch das Budget der niederösterreichischen Landesirrenanstalten, X, Nr. 32. — Gerényi, Irrenpflege und Verwaltung, X, Nr. 46. — Scholz, Die Ausbildung des Pflegepersonals, X, Nr. 48. — Friedländer, Die Bewertung der Imbezillität und der sogenannten Moral insanity in praktischer und forensischer Beziehung, X, Nr. 52. — Statuten der internationalen Kommission zur Erforschung der Ursachen der Geisteskrankheiten, X, Nr. 51. — Fischer, J., Ueber die Sachverständigentätigkeit bei zweifelhaften Geisteszuständen, XI, Nr. 22. — Ueber den Verlauf des Kongresses vergl. ferner X, pag. 250, 327.



Frau Obermayer-Wallner (Wien) schlägt als Übergangsstation für entlassene irre Frauen, aber auch für diejenigen Frauen und Mädchen, die durch Internierung ihres geisteskranken Ernährers in Not geraten, die Errichtung einer „humanitären Arbeitsstube" vor.

Buchholz (Hamburg) schildert anschaulich die in vielem eigenartige Hamburgische Irrenfürsorge. Hamburg hat kein Irrengesetz und relativ viel Geisteskranke, besonders als Hafenstadt. Viele überseeisch Erkrankte kommen durch, namentlich viel geisteskranke Rückwanderer. In 36 Jahren hat sich die Einwohnerzahl H.s fast verdreifacht, meist durch Zuwachs von außen und von Erwachsenen, daher die relativ geringe Zahl von Kindern. Dann zieht die Großstadt viele Minderwertige und Antisoziale an. H. hat zwei Staatsanstalten: Friedrichsberg und Langenhorn, und eine kleine Privatanstalt. Eine Zahl Kranker ist auch im Allgemeinen Krankenhause, einzelne sind im Hafenkrankenhause, Idioten und Epileptische sind in den Alsterdorfer Anstalten. Untergebracht wurden staatlich 2,36‰ 1907. Die Zahl der zu beobachtenden Kriminellen ist relativ hoch. „Alle Besuche finden auf den Krankenabteilungen statt, wo die Kranken sich gerade befinden" (sehr nachahmenswert! Näcke), und das hat nur Gutes gestiftet. Der Physikus muß nach jeder Einlieferung die Notwendigkeit durch Nachuntersuchung feststellen (schlecht! Ref.). Kranke und Angehörige haben ein Beschwerderecht.

van Deventer behandelt eingehend die Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken und gibt zuerst einen hübschen historischen Überblick über Irrenpflege. Er betont mit Recht, daß nur sehr wenig der kriminellen Geisteskranken für die Umgebung gefährlich und unangenehm werden, wenn sie zweckmäßig in den Irrenanstalten verteilt sind. Man hat sich in Holland nie darüber beklagt. Wo sie allerdings in großer Zahl da sind, stören sie. Das „prison-asile" wird verworfen und dafür als am besten eine besondere Abteilung an einer Irrenanstalt verlangt. Dev. beschreibt dann, wie sie auszusehen hat. Sie enthält als Durchgangsstation drei Gruppen: Die irrsinnigen Verbrecher, die verbrecherischen Irren und die gefährlichen gewöhnlichen Geisteskranken; die erste Gruppe ist die relativ größte (? Näcke). Die Untersuchungsgefangenen sollen alle psychiatrisch untersucht werden, die im Gefängnis Erkrankten sind in einem nicht zu großen Adnexe zu beobachten und zu behandeln, die subakuten und chronischen Kranken kommen in eine Irrenanstalt. Zwischenanstalten für alle Art von antisozialen Minderwertigen sind sehr nötig, auch ihre Unterbringung in Familien empfehlenswert. Der Psychiater sollte nie von Zurechnungsfähigkeit, sondern nur von „sozialer Verantwortlichkeit" reden.

Magalhaẽs Lemos (Porto) schildert die ganz ungenügende Irrenpflege in Portugal. Es gibt dort nur vier Anstalten. Die größte ist die in Lissabon mit 728 Kranken (1908), dann das Hospital des Grafen Fereira in Porto mit 565 (1908). Kurz, von den wahrscheinlich in Portugal (mit zirka 5½ Mill. Einwohner) existierenden 12000 Irren sind nur 1,537 untergebracht, also 1:5000.

Michell (Illinois) schildert die Verhältnisse am neuen und großen Illinois General Hospital for Insane mit seinen 30 Pavillons. Es gibt dort kein restraint, kein medizinisches restraint (drug restraint), keine Gitter. Es hat vornehmlich weibliche Pfleger, auch bei den Männern, die sich sehr gut bewährten. Das Pflegerpersonal arbeitet nur acht Stunden. Das Hospital enthält über 2000 sehr heftiger und böser Elemente und doch war seit mehr als drei Jahren nie restraint nötig.

Kreuser (Winnenthal) beschreibt die Bestrebungen und Erfolge der Irrenhilfsvereine. Der erste war wahrscheinlich 1829 in Nassau: von 1840 an gab es deren mehrere in Frankreich, 1873 zuerst in Deutschland. Die wichtigste Aufgabe ist die Fürsorge für Rekonvaleszenten. Sehr segensreich wirkte der Hilfsverein in Württemberg, wie nachgewiesen wird. Die Geldunterstützungen betrugen hier bei den einzelnen 20 bis 100 M., bei Verheirateten mehr. Zwischen der Höhe der Unterstützungen und der klinischen Krankheitsform bestand ein gewisser Zusammenhang.

Matthies (Dalldorf) schildert die Berliner Familienpflege, 1885 begründet. 1907 hatten die Anstalten Dalldorf, Herzberge, Wuhlgarten und Buch mit zusammen 7734 Pat. in Familienpflege 521 Kranke gegeben = 6,7% (Dalldorf allein gar 10,1!) Sie sind dauernd oder vorübergehend untergebracht. Alle Irrsinnsformen sind vertreten, auch Trinker. Die meisten sind bei ihren Angehörigen. Erschwert in Berlin ist leider die Arbeitsbeschaffung. Zwei Drittel der Pfleglinge sind in Berlin und den Vorstädten, die andern in den umliegenden Dörfern. Das Pflegegeld beträgt 30 bis 36 M. Die Einrichtung ist sehr segensreich. Leider kann jede Pflegestelle nur zirka einmal im Monate besucht werden.

Frau Lubomirska und M. Marie (Paris) haben seit zirka zwölf Jahren in Paris zwei Gebäude für geheilte Männer und Frauen aus dem Irrenhause errichtet, wo sie, bis sie Arbeit gefunden haben, wohnen und speisen können. Hier fanden auch die Irren fremder Nationen Unterkunft, bis ihre Rückkehr in ihr Vaterland gesichert war, weshalb die beiden Damen die Bildung einer „Fédération des sociétés de patronage des aliénés de tous les pays pour le repatriement des malades" vorschlagen.

A. Marie (Paris) betont die Notwendigkeit von Irrenanstalten in den Kolonien, die Frankreich leider bis jetzt noch nicht besitzt. Frankreich verpflegt die eingeborenen Irren aus Tunis und Algier, soweit sie dem Heere angehören, in südfranzösischen Anstalten, was große Nachteile hat. Es sind mehrere Hundert; 20% sterben davon alljährlich allein an Tuberkulose. Eine Anstalt in den Kolonien könnte auch Europäer aufnehmen und der vergleichenden Psychiatrie dienen. Sogar der Bey von Algier und der Bey von Tunis hatten vor der französischen Okkupation dort kleine Einrichtungen für Irre! Die Sterblichkeit der Araber in Frankreich ist sehr groß, bis zu 90%. Wie eine solche koloniale Anstalt auszusehen hat, beschreibt Verf. an



der anglo-ägyptischen Irrenanstalt zu Abbassieh in Cairo mit 600 arabischen Insassen. Die Ärzte sind Engländer außer vier ägyptischen Assistenten, die in Cairo oder Beirut ausgebildet wurden. Es sind englische Pflegerinnen da, die arabisch reden. Groß ist die Zahl der Haschisch-, Pellagrakranken und der Paralytischen. Ein Viertel der Pat. wird geheilt. Es scheinen nur die Orientalen an Paralyse zu erkranken, welche Alkoholiker sind, doch ist Syphilis dann meist vorhanden. Die Pellagra kann klinisch und pathologisch das Bild der echten Paralyse darbieten. Sehr viele davon sind auch syphilitisch. Die Haschischkranken betrugen 1902: $32^1/_3$% aller. Die Therapie ist ganz modern. Die Anstalt wird auf 810 Betten vergrößert und zugleich ist eine zweite Anstalt in Khauka in Aussicht genommen, und zwar für Männer allein, für chronische Fälle, mit Feldarbeit. In Abassieh werden auch verbrecherische Irre aufgenommen.

Vor zehn Jahren etwa hatte Genua nach Masini eine Irrenanstalt in Quarto al Mare errichtet und jetzt ist eine noch größere in Prato Zannino in Aussicht genommen. Es sind im ganzen von Genua 2600 Kranke zu versorgen. Die neue Anstalt wird 25 km von G. entfernt sein, zirka 8 Mill. Lire kosten und in sechs Jahren erbaut sein.

Konrád beschreibt die heutige Irrenfürsorge in Ungarn. Die gesetzliche Regelung derselben datiert erst seit 1876. Man zählte zuletzt dort zirka 16000 Irre, exkl. der Idioten (zirka 12000). Untergebracht waren davon 7950. Auch Familienpflege ist mehrfach eingeführt.

Vos (Rotterdam) tritt für Arbeitsentlohnung in den Irrenanstalten ein und beschreibt deren gute Erfolge in seiner Anstalt. Er fand nur wenige Vollarbeiter; die arbeitenden Kranken liefern höchstens ein Drittel der normalen Arbeitsleistung.

Peeters (Gheel) weist nach, daß bei der Familienpflege die Verblödung hintangehalten wird. In Gheel wurden Heilungen und merkliche Besserungen in mehr als 24,4% erreicht, sogar bei chronischen Fällen. Ein schlimmer Einfluß der Irren auf die Gesunden von Gheel fand nicht statt.

Nach Tamburini gab es in Italien vor fünf Jahren noch keinen eigenen Unterricht für Pfleger, 1906 schon 25 solcher Schulen und jetzt unterrichten von 50 Irrenanstalten 43.

Fischer (Wiesloch) wünscht, daß nicht nur die Zählkarten, sondern auch die Jahresberichte einheitlich (sogar dem Formate nach) hergestellt würden, womöglich international, und daß auch die außerhalb der Anstalt wohnenden Irren berücksichtigt würden. Inhaltlich sollen sich die Berichte möglichst gleichen und möglichst wissenschaftlich gehalten sein. Am besten seien die Berichte über ein Jahr.

Kögler (Wien) verlangt die Einführung der Unfall- und Invalidenversicherung in der Irrenfürsorge und daß die Versicherungsanstalten für Übernahme des Heilverfahrens zu veranlassen seien, und so namentlich am Kampfe gegen Syphilis und Trunksucht sich mitbeteiligen.

Fuchs hebt die große Bedeutung der Irrenfürsorge für die Arbeiterversicherung, insbesondere die Invalidenversicherung hervor. Die Versicherung des Erkrankten ist aber weniger wichtig als die seiner Familie (eventuell Unterstützung). Freilich gibt es hier schwere finanzielle Bedenken, die nur durch eine staatliche Subvention zu beheben wären.

Dubief (Paris) bespricht den Entwurf des neuen französischen Irrengesetzes von 1907, dessen Miturheber er selbst war. Jedes Departement hat danach für seine eigenen Kranken zu sorgen, aber auch wenigstens eigene Abteilungen für Idioten, Zurückgebliebene, Epileptiker und Trinker zu schaffen, desgleichen Sicherheitsquartiere für irre Verbrecher, unter administrativer Autorität. Gegen die Einsperrung Gesunder sind Garantien geschaffen. Privatanstalten sind von Übel (? Ref.). Der Anstaltsdirektor ist Arzt, die Assistenzärzte wohnen außerhalb und praktizieren auch wie der gewöhnliche Arzt (nicht zu empfehlen im allgemeinen! Ref.).

Mongeri und Anfosso (Mailand) besprechen die italienische gesetzliche Irrenpflege, speziell das Gesetz vom Okt. 1904 mit seinen elf Artikeln. Verlangt wird außer dem ärztlichen Direktor noch ein Arzt auf 100 Kranke und ein Wärter auf sechs Patienten. Die Direktorstellen werden durch Bewerbungen besetzt. Kein Assistent einer psychiatrischen Klinik soll dazu gewählt werden, sondern nur ein praktischer Anstaltsarzt, der wenigstens sechs Jahre Praxis hinter sich hat. Die Bewerbungen werden der Unparteilichkeit halber von einer Jury geprüft, deren eines Mitglied ein Professor der Psychiatrie ist. Der letztere darf nie zugleich Direktor einer öffentlichen Irrenanstalt sein. Die Anstaltsärzte sind möglichst selbständig und verantwortlich und führen einen Teil der Verwaltung. Eine staatliche Kontrolle ist gut, nötig eine erleichterte Aufnahme der Kranken. Dann läßt Vortragender zum Teil wörtlich den schönen Entwurf selbst folgen.

Aschaffenburg (Köln) erklärt es zunächst als falsch, daß die ärztlichen Sachverständigen den Verbrecher vor Strafe schützen wollen; sie wollen vielmehr die Gesellschaft vor dem Verbrecher durch lange Internierung schützen. Vom Richter kann man nur verlangen, daß er in der Wahl der Sachverständigen vorsichtig sei. Auch der Beklagte soll das Recht haben, einen solchen zu stellen. Dann beklagt sich A. über die meist schlechte Bezahlung der Experten. Er verlangt bessere Ausbildung der letzteren und der Richter in psychol. und psychiatrischer Hinsicht. Er will im Interesse der geistig Defekten und Unzurechnungsfähigen mit Recht das Geschworenengericht nicht beibehalten wissen.

Stransky (Wien) verlangt schlichte, volkstümliche Darstellung des mündlichen Gutachtens und daneben eine „möglichst unaufdringlich didaktische Form" derselben, der Geschworenen halber.

Grasset (Montpellier) bespricht die verminderte Zurechnungsfähigkeit, die in allen französischen Gerichtshöfen vom Richter dem Experten vorgelegt wird, trotzdem das Gesetz den Ausdruck selbst nicht kennt. Die vermindert Zurechnungsfähigen nennt Gr. „demi-



fous criminales", der Kürze halber. Ein sie speziell betreffendes Gesetz ist durchaus nötig. Nicht alle Verbrecher sind krank. „N'est pas fou ou demi-fou qui veut." Sie gehören in eine Sonderanstalt. Auch die Kriegsgerichte haben sich oft mit solchen Individuen zu befassen, und gewisse „internationale Kranke", die überall herumvagabundieren etc., gehören gleichfalls zu dieser Kategorie.

Rhodes (England) fand in Gefängnissen Englands viele Geisteskranke und geistig Defekte; letztere gibt der offizielle Bericht — jedenfalls weit unter der Zahl — mit 10,20% an. Besonders sind solche viel unter den Trinkern. Fast alle im Gefängnisse Undisziplinierbaren sollen schwachsinnig sein. Für sie paßt das Gefängnis nicht. Sie sind auszuscheiden. Weiter muß Strafe auf unbestimmte Zeit für die Verbrecher ausgesprochen werden, für Schwachsinnige sind Kolonien zu errichten.

Bauer (Jurist aus Brünn) wünscht für Österreich psychiatrische Kurse für richterliche Beamte. Der Untersuchungsrichter soll zunächst die wichtigsten Irrsinnsformen kennen, um rechtzeitige Expertisen zu veranlassen. Dann aber auch der Einzelrichter, Staatsanwalt, ebenso der Jugendrichter. Letzterer besonders bez. des angeborenen Schwachsinns. Für junge Gerichtsbeamte sollen psychiatrische Kurse eingerichtet werden. Österreich will diesen Winter solche an mehreren Universitäten, zunächst probeweise, anordnen. (Bravo! Ref.)

Berger (Landesbaurat aus Wien) bespricht den Bau fester Pavillons für geisteskranke Verbrecher, speziell den von ihm an der Anstalt „Am Steinhof" im Jahre 1907 ausgeführten für 34 gewalttätige Kranke. Der Direktor der besagten Anstalt, Reg.-Rat Dr. Schlöß, meinte in der Diskussion, daß er sich dagegen seinerzeit heftig widersetzt habe, da eine solche „Zwingburg" nicht „in das Ensemble einer modernen Heil- und Pflegeanstalt passe", solche vielmehr nur als Adnexe an Strafanstalten oder als Sonderanstalten für geisteskranke Verbrecher denkbar seien.

Herting (Galkhausen) spricht über die bauliche Entwicklung der Anstalten für Geisteskranke und unterscheidet: 1. Unterbringung von Irren in bestehenden Gebäuden, ohne Trennung von den übrigen Insassen. 2. Die ersten Neubauten a) als Irrenabteilungen an schon vorhandenen Anstalten, b) selbständige. 3. Die zweite Neubau-Gruppe a) im panoptischen System, b) Esquirol- und Desportesche Bauten, c) Korridorbauten. 4. Die sogen. adaptierten Anstalten. 5. Die dritte Neubau-Gruppe: die relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalten. 6. Die vierte Neubau-Gruppe: Koloniales und Pavillon-System. Er gibt davon Beispiele.

Ähnlich spricht A. Marie (Paris) über die Anstalts-Entwicklung, speziell in Frankreich und wieder im besonderen über den verschiedenen Bau der Pavillons, indem er schließlich dafür gewisse Normen festsetzt.

Schiner (Wien) behandelt die Fürsorge für Idioten, Epileptiker und geistig Minderwertige. Er verlangt zunächst Hilfskindergärten für Vorbereitung des Unterrichts bei Schwachsinnigen. Die Kindergärtnerinnen sollen speziell unterrichtet worden sein. Nach diesem Kindergarten kommt die Hilfsschule oder Anstalt für Schwachsinnige. In den Lehrerseminaren sollten schon Vorträge über den Unterricht für nervöse und schwachsinnige Kinder gehalten werden und für Speziallehrer eigene Kurse. Die Universität sollte ein „heilpädagogisches Seminar" haben und Schul- und Anstaltsärzte psychiatrisch ausgebildet sein, auch von der pädagogischen Pathologie etwas wissen. Sehr viele zu Hause mißhandelten Kinder werden schwachsinnig. Schwachsinnige sind nicht mit Geisteskranken zusammenzubringen. Epileptiker gehören in eine ärztl. Anstalt oder in Spezialklassen. Sie und die geistig Minderwertigen sind stets zu kontrollieren.

Vogt (Frankfurt) verlangt zunächst Ausbau der Jugendgerichtshöfe und der strafrechtlichen Behandlung Jugendlicher; für Hilfsschulen Tagesinternate und Fürsorge für entlassene Hilfsschüler. Wichtig sei auch die Familienpflege.

Hess (Görlitz) befürwortet eine spezielle pädagogische Therapie bei Nervösen und Geisteskranken, und zwar sei dies Sache der Psychiater. Die jugendlichen Patienten (20 bis 23 J.) gehören zum Teil in ärztliche Pädagogien. Die nervösen, neurasthenischen, hysterischen Pat. können erst in der Familie ärztlich behandelt werden, die psychotischen gehören in die Irrenanstalt, die an Moral insanity Leidenden und speziell die „Heboidophrenen" in das Pädagogium, in dem psychiatrischer Geist herrschen soll.

Sioli (Frankfurt) zeigt den Vorteil von Irrenasylen bei der Beurteilung und Behandlung leicht abnormaler Jugendlicher, an der Hand von Beispielen aus dem Frankfurter Asyle. Hier muß eine „spezialistische, psychiatrisch-pädagogische Behandlung" eintreten. Alle Großstädte sollten ihren Irrenanstalten solche Abteilungen anschließen.

Heller (Wien, Pädagog) bespricht die Fürsorgeerziehung und die Heilpädagogik. Dort hat sie als „Ersatzerziehung" diejenigen Kinder zu übernehmen, die zu Hause nicht die erforderliche Erziehung haben. 50% der in Betracht kommenden Kinder sind abnorm. Es gibt verschiedene Klassen derselben. Nur für die Schwachsinnigen ward gut gesorgt. Daneben sind heilpädagogische Anstalten für die anderen nötig. Oft muß man wegen der Gefahr einer psychischen Infektion separieren. Bei straffälligen Jugendlichen ist Irrsinn häufig. Oft sind Entweichungen aus den Fürsorgeanstalten und dann meist rein impulsiv bedingt; es sind oft Abnorme. Man muß solche Abnorme absondern, und zwar leicht Abnorme den Heilerziehungsanstalten übergeben. Vor Einlieferung in eine Fürsorgestätte sind die Kinder psychiatrisch zu untersuchen. Für leicht Abnorme ist das Familiengruppensystem gut. Ferner ist Anstaltsvormundschaft anzustreben.

Drastich (Wien) bespricht vorzüglich die Vorsorge bez. der Geisteskranken im Kriege. Der Krieg vermehrt die Zahl derselben im Heere, besonders ein lang andauernder Feldzug, und weil immer dann mehr ältere, weniger widerstandsfähige Reserven herangezogen werden. Durch psychiatrisch gebildete



Militärärzte werden psychisch Minderwertige möglichst ferngehalten, und alle jüngeren Ärzte erhalten in Österreich psychiatrische Kenntnisse. Das russische Heer hatte im letzten Kriege 2000 Irre = 3,5‰ aller Kranken und Verwundeten und 2‰ vom Verpflegsstande. Wir müssen 1 bis 1½‰ im Kriege rechnen. Mehrere Sammelstellen, unter einem Militärarzt stehend, sind mehr im Innern der Monarchie anzulegen und dann die Kranken an ein Militär- oder Zivilspital zu übergeben. Hier werden die nötigen Beobachtungen und Begutachtungen gemacht, um die Kranken dann weiter an verschiedene Irrenanstalten oder Familien zu verteilen. Eine solche Sammelstelle soll für zehn Offiziere und zwanzig Soldaten genügen. Die Sanitätssoldaten haben bei sich für Notfälle eine Zwangsjacke und Hyoscin in Glasröhrchen und Trional in Tabletten.

Zuzack bespricht die Irrenanstalt des österreich-ungarischen Heeres am Invalidenhospital zu Tyrnau, ein altes Kloster mit 60 Zimmern. Der Kranke kostet dem Staat 39,5 K. monatlich. Krankengeschichten finden sich bis 1803. Die psychiatrische Therapie ist dort eine ganz moderne, mit Beschäftigungstherapie, no-restraint, open-door, sogar Angehörigenpflege. Separiert sind die geisteskranken Verbrecher. Jeder entlassene Geisteskranke erhält seine Invalidenpension. 35% des Zugangs leiden an Dementia praecox, 8% an Paralyse, 5% an Hysterie, 2% an alkohol. Irrsinn. Die Juden sind mehr und schwerer betroffen als die anderen. Die Mohammedaner erkranken seltener und leichter. Näcke.

— Lipmann, Otto, Grundriß der Psychologie für Pädagogen. Leipzig, 1909. 100 Seiten. Preis 2 M.

Im vorigen Jahre ist vom Verf. ein „Grundriß der Psychologie für Juristen" erschienen; das vorliegende Büchlein unterscheidet sich von jenem nur dadurch, daß der Verf. hier Gebiete, die vom pädagogischen Standpunkte besonders interessieren, in den Vordergrund gerückt hat. Es ist sehr kurz gehalten, da es für diejenigen Interessenten bestimmt ist, „die sich sonst eben gar nicht intensiver mit psychologischen Fragen beschäftigen würden."

Berze.

— Ellis, Havelock, Das Geschlechtsgefühl. Eine biologische Studie. Autorisierte deutsche Ausgabe, besorgt von Dr. Hans Kurella. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Würzburg, A. Stuber, 1909. 39 Seiten.

Die erste Auflage der deutschen Ausgabe erschien im Jahre 1903 (vergl. ausführliches Referat in dieser Wochenschrift, 7. Jahrgang, S. 208); die vorliegende zweite Auflage ist gemeinsam mit dem Verf. und unter Verwertung eines umfangreichen weiteren Materiales wieder von Kurella in der trefflichen Weise, in der sich dieser Autor bekanntermaßen derartiger Aufgaben zu entledigen pflegt, besorgt worden.

Berze.

— Ellis, Havelock, Mann und Weib. Eine Darstellung der sekundären Geschlechtsmerkmale beim Menschen. Zweite (deutsche) Auflage. Von Dr. Hans Kurella. Würzburg, 1909. 556 Seiten. Preis 6 M.

Das Original des bekannten Werkes, in welchem Ellis die Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern in anatomischer, physiologischer und psychologischer Beziehung erörtert, hat von 1894 bis 1904 vier Auflagen erlebt. Kurella hat 1895 die erste deutsche Edition veranstaltet; nunmehr liegt die zweite vor, die durch Zusätze im Text und Bemerkungen, in welchen die wichtigsten Ergebnisse der großen Anzahl einschlägiger Arbeiten, die seit 1894 in Deutschland erschienen sind, berücksichtigt erscheinen, um mehr als 130 Seiten umfangreicher geworden ist als die erste. Das Buch, von dem K. mit Recht sagt, daß es seinerzeit von allen Sachverständigen als unentbehrliches Handbuch begrüßt wurde, wird auch in der neuen Ausgabe von Anthropologen, Soziologen, Medizinern, unter diesen namentlich von den Psychiatern und Neurologen hoch geschätzt werden.

Berze.

— v. Mojsisovics, Edgar, Dr. phil., Die Gesichtsbildung des Genies. Dresden, 1908.

Im Vorwort nennt der Verf. seine Arbeit eine Mitteilung an die Wissenschaft, im Titel dagegen, weit anspruchsvoller, einen Beitrag zur Entwicklungsgeschichte des Menschen. — Das Genie kennzeichnet sich durch eine vom Durchschnittsmenschen wesentlich verschiedene Gesichtsbildung; die Eigenart derselben besteht in der starken Krümmung des Nasenrückens. Wir haben es hier „nicht mit einem bedeutungslosen kausalen Zusammentreffen, sondern mit der Notwendigkeit organischer Entwicklung zu tun". Verf. konstatiert, daß es ihm als Laien leider versagt sei, „diesem höchst bedeutungsvollen Problem wissenschaftlich nachgehen zu können", und überläßt diese Arbeit „berufenen Kräften". Ob es die für gut finden werden, ihre Zeit dieser dem Ref. doch etwas kindlich erscheinenden Idee zu widmen? — Verf. zieht einstweilen die nächstliegenden Konsequenzen, stellt eine Liste von Genies — selbstverständlich mit stark gekrümmten Nasenrücken — zusammen und erhebt die semitische Rasse in Anerkennung der Krümmung des Nasenrückens „in ihrer Gesamtheit" (!) zur „Genierasse". Außer bei der semitischen Rasse trifft er den Genietypus nur noch bei der romanischen Rasse ziemlich häufig an! Der Nasenrücken der Germanen ist zu wenig gekrümmt; von den Slaven gar nicht zu reden. Berze.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 36. 27. November **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Abwehr. Von Dr. von Kunowski, Oberarzt in Leubus. (S. 313.) — Referate. (S. 318). — Personalnachrichten. (S. 320.)

Abwehr.

Von Dr. *von Kunowski*, Oberarzt in Leubus.

Wieder erschallt der Kriegsruf in den Spalten der „Wochenschrift“*), wie vor einem Jahr nach dem Lubecki-Prozesse, und die damaligen Vorschläge zur Abwehr**) werden erneuert. Seinerzeit hatte ich mich auf eine aktenmäßige Schilderung des Prozesses***) beschränkt, als persönlich Betroffener aber an der folgenden Diskussion nicht teilgenommen, obwohl mir „untätige Resignation“ gänzlich fern liegt. Nachdem ich nun die Folgen des Falles L. ein Jahr hindurch beobachtet, einiges versucht und über anderes nachgedacht habe, möchte ich die jetzige Anregung als Gelegenheit benutzen, um auch meine Meinung zur Sache zu äußern.

Ich halte ganz allgemein nicht sehr viel von bloßen Abwehrmaßnahmen, sondern bin mehr für Gegenwehr. Die beste Deckung ist der Hieb! Deshalb verspreche ich mir nicht eben viel von Entgegnungen auf verleumderische Angriffe und Richtigstellungen in Zeitungen und Broschüren. Man befindet sich da in einer undankbaren Verteidigungsstellung gegenüber einem Gegner, der seine Angriffe fortwährend wiederholen kann. Nur wenn eine angesehene Tageszeitung eine handgreifliche Unwahrheit weitergibt, kann eine kurze Berichtigung am Platze sein. Anklageschriften und Enthüllungen von Kranken werden dagegen in der Tat am besten in der bisherigen Weise beantwortet, nämlich durch Veröffentlichung des Aktenmaterials in einer wissenschaftlichen Zeitschrift. Wirklich ernst zu nehmende Gegner des Irrenwesens können gegebenenfalls leicht auf diese Veröffentlichungen hingewiesen oder mit Sonderabdrücken bedacht werden. Diese Form der Abwehr erscheint mir würdiger und zweckmäßiger, als wenn das Material einem Preßbureau übergeben und von diesem zu Entgegnungen in der Tagespresse benutzt wird. Ein Hinabsteigen in diese Arena führt nur zu endlosem und unfruchtbarem Gezänk, bei dem der Verleumder regelmäßig mehr Glauben findet als der Angegriffene.

Anders liegt die Sache, wenn der Angriff ein gerichtliches Vorgehen angezeigt erscheinen läßt. Das trifft aber nur bei ganz eklatanten Fällen zu, in denen die Absicht der Beleidigung offenkundig und der Nachweis der Verleumdung sicher ist. Eine eigentliche Gegenwehr bedeutet die Klage noch nicht, denn bekanntlich spielt hier der Kläger regelmäßig die Rolle des Beklagten. Immerhin kann es ersprießlich sein, wenn der Angreifer einen empfindlichen Denkzettel erhält. Aber man muß auch bedenken, daß jede Klage ein großes Risiko enthält. Gerade im Irrenwesen sind die Richter ganz überwiegend vollständige Laien und daher mit deren Unkenntnis, Mißtrauen und Vorurteilen behaftet. Deshalb möchte ich die Verantwortung der Klageerhebung ganz dem Betroffenen überlassen sehen und nicht irgendeiner zu schaffenden Zentralstelle. Auch die Erfahrungen von Ärztekammern sprechen gegen eine solche Einrichtung. Sie führt nur zu Bagatellklagen und zu Freisprechungen, die durchaus vermieden werden müssen.

Wie zweifelhaft der Erfolg auch in einem an sich ganz klaren Falle ist, das lehrt der Lubecki-Prozeß. Die verhängnisvolle Rolle, die darin die anfängliche Befangenheit des Gerichts gespielt hat, ist so in-

*) Lomer, Ein psychiatrisches Nachrichtenbureau. Rehm, Psychiatrie und Presse. Nr. 21.

Lomer, Ein antipsychiatrisches Zentralorgan? Beyer, Antipsychiatrische Skizze. Nr. 31.

**) Tille, Was soll werden? Jahrg. 1908, Nr. 42.

Friedländer, Bemerkungen zu dem Artikel: „Was soll werden?“ Nr. 44.

Holub, Offener Brief. Nr. 45.

***) Der Fall Lubecki. Jahrg. 1908, Nr. 37.



struktiv, daß ich sie noch einmal gesondert beleuchten möchte.

Jeder Sachkundige mußte beim Lesen der Prozeßberichte erstaunt sein über den Widerspruch zwischen dem Ausgang des Prozesses und der Berichterstattung während seines ganzen Verlaufes. Fast alle Blätter ergriffen von vornherein Partei für Lubecki, brachten seine Anschuldigungen in größter Ausführlichkeit, die Gegenerklärungen der Ärzte ganz knapp und lückenhaft und zum Schluß fast unvermittelt die Verurteilung des Angeklagten zu einer verhältnismäßig schweren Freiheitsstrafe. Nur wenige Blätter gaben die Erklärung des Vorsitzenden wieder, in der er das Ergebnis der Beweisaufnahme dahin zusammenfaßte, daß sämtliche Beschuldigungen sich als unhaltbar erwiesen hätten, die Anstaltsärzte völlig gerechtfertigt aus den Verhandlungen hervorgegangen seien und L. offenkundig auch gegenwärtig seine geistige Gesundheit noch nicht wiedererlangt habe. Das Irrige ihrer anfänglichen Stellungnahme hat meines Wissens keine Zeitung offen zugestanden.

Die Folge dieser parteiischen Berichterstattung ist, wie vorauszusehen, die gewesen, daß das große Publikum einen durchaus ungünstigen Eindruck von der Leubuser Anstalt und vom Irrenwesen überhaupt zurückbehalten hat. Aus meinem ausgebreiteten Bekanntenkreise sind mir nach Abschluß des Prozesses zahlreiche Mitteilungen zugegangen, wonach akademisch Gebildete aller Fakultäten, im besondern auch Juristen, sich in Gesellschaft dahin äußerten, daß nach dem Prozesse jedenfalls grobe Mißstände im Irrenwesen herrschten und die Gefahr widerrechtlicher Einsperrung von Geistesgesunden nicht auszuschließen sei. Wenn meine Gewährsmänner solchen Behauptungen gebührend entgegentraten, begegneten sie regelmäßig allgemeinem Unglauben. Selbst eine für Ärzte bestimmte Zeitschrift, ein Insertionsorgan für Krankenhaus-Bedarfsartikel, entnahm den Zeitungsberichten, daß der Prozeß eine Reihe von Mißständen in der Leubuser Anstalt aufgedeckt habe.

Die Art der Berichterstattung wird nun aber aus der Sensationslust der Presse nicht hinreichend erklärt. Eine Zeitung wie das Berliner Tageblatt hätte sich doch wohl gescheut, an den Kopf seiner Berichte „Moderne Irrenhausfolter" zu setzen, wenn es nicht seiner Sache sicher zu sein glaubte. Und das war in der Tat nicht verwunderlich. Denn alle Teilnehmer an den Gerichtsverhandlungen hatten vom ersten Augenblick den untrüglichen Eindruck, daß das Gericht auf Grund der Voruntersuchung von der sachlichen Berechtigung der gegen die Anstalt Leubus erhobenen Beschuldigungen überzeugt war. Alle Kenner von Gerichtsverhandlungen faßten ihre Beobachtungen dahin zusammen: „Der Vorsitzende verhandelt auf Freisprechung hin." L. wurde von vornherein vereidet, sein Geisteszustand also als gar nicht strittig erachtet. Seinen viele Stunden füllenden Ausführungen wurde die größte Beachtung geschenkt, obwohl ein wenig Skepsis gar manches hätte als wahnhaft erkennen lassen. Medizinalrat La Roche wurde vom Vorsitzenden der Leichtfertigkeit bezichtigt bei Abgabe seines Attestes, auf Grund dessen seinerzeit die Aufnahme L.s erfolgte, und es wurde ihm vorgehalten, er hätte bedenken müssen, daß ein solches Gutachten einer Verurteilung (?) gleichkomme. Als er in seiner Entgegnung darauf hinwies, daß L. sich auch noch nach seiner Entlassung als gemeingefährlich erwiesen habe und sein jetziges Auftreten vor Gericht das eines Geisteskranken sei, fuhr ihn der Vorsitzende nach Ohrenzeugen mit den Worten an: „Wie, Herr Medizinalrat, Sie wollen uns weiß machen, daß ein Mann, der seine Sache vor Gericht so zu führen versteht, noch jetzt geisteskrank ist?!" Die Ehefrau L. wurde als ganz unglaubwürdig und als des Ehebruchs dringend verdächtig behandelt, ausgescholten, unterbrochen, kritisiert, so daß sie verwirrt und eingeschüchtert zu den wichtigsten Bekundungen gar nicht kam. So ging das zwei volle Tage lang, bis endlich am dritten Tage die Aussagen der Anstaltsärzte einen völligen Umschwung in der Auffassung des Gerichts herbeiführten, das nun in anerkennenswerter Weise sein anfängliches Verhalten wieder gut zu machen suchte. Hierin ist ihm leider die Presse nicht gefolgt.

Wie anders hätte der Prozeß sich abgespielt, wie anders wäre die Berichterstattung ausgefallen, wenn das Gericht ohne Befangenheit an die Sache herangetreten wäre. Offenkundig hätte es dann zuerst die Frage nach dem Geisteszustande des L. aufgeworfen, die Anstaltsärzte und geladenen Sachverständigen vernommen und die schlagenden und erschütternden Bekundungen der nächsten Angehörigen angehört. Die ganze Beweisaufnahme hätte dann wohl nur einen Tag in Anspruch genommen.

Was schon die Voruntersuchung so ungünstig beeinflußt hat, das entzieht sich z. T. meiner Kenntnis, es ist auch im einzelnen unerheblich gegenüber der einen Tatsache, daß lediglich L. mit seinen Anklagen in der Voruntersuchung zu Wort kam, während die Anstaltsärzte und die Verwandten L.s keine Gelegenheit hatten, sich zu äußern. Man begnügte sich mit der Einforderung der Anstaltsakten, die man offenkundig nicht zu lesen verstand. In der Tat bedürfen sie auch in solchem Falle der mündlichen Ergänzung,



denn sie können nicht auf einen möglichen Skandalprozeß zugeschnitten sein. Der Arzt kann in die Akten nur bringen, was er von seinem Standpunkt aus für wichtig hält, aber nicht alles, was erst durch krankhafte Verdrehung Bedeutung erlangt. Er kann auch nicht alle Maßnahmen ausdrücklich begründen, solange sie von niemand beanstandet sind. Selbst ein Sachverständiger wird aus den bloßen Akten in derartigen Fällen nicht immer ein vollständiges Urteil gewinnen können, sondern über manches weitere Aufschlüsse einfordern müssen. Um wieviel größer war die Unterlassungssünde dieses laienhaften Gerichts, dessen Vorsitzender die Bescheinigung der Geisteskrankheit einer Verurteilung gleichsetzt. Indem er so die Krankheit zum Verbrechen, die Anstaltspflege zur Schande stempelt, geht er noch über das allgemeine Vorurteil der großen Menge hinaus, das die Überführung eines Geisteskranken in die geeignetste Pflege nicht als erstes Gebot der Pflicht, sondern als letzte traurige, unvermeidliche Notwendigkeit auffaßt!

Aus dieser Schilderung geht wohl zur Genüge hervor, auf wie wenig Verständnis wir Psychiater bei den Gerichten rechnen können. Wir müssen uns natürlich trotzdem, sobald wir angegriffen sind, unserer Haut wehren in der Presse und vor Gericht; aber wir dürfen dabei nicht übersehen, daß all diese Angriffe nur Blüten sind, die die Unwissenheit treibt, und daß der eigentliche Kampf der Wurzel gelten muß. Hierfür genügt es nicht, wenn im Anschluß an einen Skandalprozeß ein paar aufklärende populäre Aufsätze erscheinen, deren Absichtlichkeit zu offenkundig ist. Die Gegenwehr muß vielmehr systematisch betrieben werden und dabei möglichst unauffällig sein. Bisher wenden sich die Psychiater, im besondern die Anstaltsärzte, noch viel zu wenig an die breitere Öffentlichkeit, und doch finden, nach meinen eigenen Erfahrungen, Artikel über psychiatrische Fragen, Anstaltswesen usw. leicht Aufnahme in der Tagespresse und noch mehr in Wochenschriften. Das Dunkel, in welches für die große Menge das Irrenwesen noch gehüllt ist, erweckt nicht nur Mißtrauen, sondern auch Neugier.

Wir können uns doch auch nicht verhehlen, daß wir mehr als alle andern Ärzte einer engern Fühlung mit dem Publikum bedürfen. Es gibt eben gewisse Vorurteile gegen das Irrenwesen, die in der Natur der Sache begründet liegen. Geisteskrankheiten haben durch ihre Veränderung der ganzen Persönlichkeit etwas Unheimliches für den Laien, und das überträgt er auf die Irrenanstalt. Die Unselbständigkeit der Kranken verleiht dem Anstaltsarzt ungewöhnliche Machtbefugnisse und läßt deren Mißbrauch fürchten. Die in Einzelfällen zutage tretende Schwierigkeit, zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit die Grenze zu ziehen, erweckt die Besorgnis, daß geistig Gesunde in Anstalten gebracht und dort festgehalten werden. Der Verlust der Vollsinnigkeit wird von jedermann als das größte Unglück erachtet und daher die Tatsache möglichst verheimlicht, der Verdacht energisch bekämpft. Diese und andere psychologisch naheliegenden Tatsachen sind die Grundlage zu mehr oder weniger weitgehenden Vorurteilen, die sich wohl mildern, aber nie ganz beseitigen lassen.

Es fehlt uns gegen Vorurteile leider auch noch ein sehr wirksames Gegengewicht in Gestalt großer überzeugender Heilerfolge. Über die Anstalten reden nur die ihr Recht suchenden Querulanten; die Mehrzahl der Geheilten schweigt sich aus, weil Heilung selten und deshalb Zweifeln ausgesetzt ist. Unsere Wissenschaft ist noch sehr jung, erst in den letzten Dezennien haben wir greifbare Fortschritte in Diagnostik und Therapie gemacht. Immer noch sind wir damit beschäftigt, die Hauptkrankheiten gegeneinander abzugrenzen, und fangen erst an, einen tiefern Einblick in ihre körperlichen Unterlagen zu gewinnen. Trotzdem können wir mit dem Erreichten und dem Erstrebten schon Eindruck auf das Publikum machen, wenn wir es ihm in geeigneter Form näherbringen. Wir können die humanitären Einrichtungen und Behandlungsmethoden moderner Anstalten schildern und auch in populären Aufsätzen auf wissenschaftliche Errungenschaften und Ziele hinweisen. Hierbei bietet sich manche Gelegenheit, Vorurteile unvermerkt zu zerstreuen und sie durch richtigere Anschauungen zu ersetzen. Auch die Besprechung rechtlicher Fragen ist angebracht und kann beruhigend wirken.

Die Aufklärungsarbeit geschieht am besten durch Artikel in Tageszeitungen oder Wochenschriften. Wenn sie aber wirksam sein soll, muß sie nach einem bestimmten Plane erfolgen. Dieser wird am besten von den regionären psychiatrischen Vereinen entworfen und ausgeführt. Weiterhin sind Vorträge zu empfehlen, besonders mit Lichtbildervorführungen, wie sie Herting*) gehalten hat. Sie gehen am besten von den Hilfsvereinen aus, weil deren Zwecke einen unauffälligen Anlaß für die Veranstaltung abgeben. Schließlich kommen noch Broschüren in Betracht, wie die eben erschienene von Lomer**). Es ist das gewiß ein recht verdienstvolles Schriftchen, aber der Wirkungskreis solcher Broschüren ist überhaupt be-

*) Jahrg. 1906, Nr. 47, S. 433.

**) Die Wahrheit über die Irrenanstalten. Wiesbaden, Bergmann 1909.



schränkter. Sie dringen nicht in weite Schichten, sondern ihr Nutzen besteht mehr darin, daß sie allen, die sich für das Irrenwesen interessieren, Material in die Hand geben, um in ihrem Kreise aufklärend zu wirken.

Hierbei möchte ich aber doch nicht unterlassen, in einem Punkte eine von Lomer abweichende Meinung zu äußern. Ich glaube nicht, wie er, daran, daß die jetzigen Vorurteile gegen die Irrenanstalten wesentlich auf die verfehlten und barbarischen Behandlungsmethoden der ersten Dezennien irrenärztlicher Tätigkeit zurückzuführen sind. Höchstens kann noch eine ganz vage Vorstellung aus jener Zeit zurückgeblieben sein. Deshalb halte ich es nicht für zweckmäßig, in einer Propagandaschrift für das jetzige Irrenwesen vier ganze Seiten mit an sich sehr interessanten, aber zugleich fürchterlichen Details früherer ärztlicher Abschreckungskuren zu füllen. Das fordert den Leser geradezu zu dem Gedanken heraus: Die älteren Ärzte sind auch humane Menschen gewesen und konnten doch solche Kuren anwenden; was wird die Nachwelt einmal von den jetzt so gepriesenen modernen Behandlungsmethoden halten? Es bedarf wirklich nicht der Furcht vor längst veralteten Kuren, um es verständlich zu machen, daß mancher seinen Kranken der Anstalt mit Bangen übergibt. Vielleicht hat er zu Hause mit Erregungszuständen des Kranken furchtbare Schwierigkeiten gehabt und kann sich das in der Anstalt auch nicht viel anders denken, nur traut er den Fremden nicht die gleiche liebevolle Geduld zu. Wie leicht können dann wahnhaft bedingte Klagen der Kranken auch die humanste Behandlung in Mißkredit bringen.

Ich lege gewiß Wert auf die modernen Behandlungsmethoden, aber ich halte es doch zugleich auch für sehr wichtig, daß sich die Grundsätze über das Maß aller Behandlung gewandelt haben. Da diese Wandlung gerade im Rahmen unserer jetzigen Betrachtungen bedeutungsvoll ist, möchte ich hier einen kurzen Rückblick auf meine eigenen Erfahrungen werfen.

Als ich vor 21 Jahren meine psychiatrische Laufbahn begann, herrschte noch die Auffassung vor, daß man den Kranken vor allem ausgiebigen Schlaf verschaffen müsse. Die Isolierung der Unruhigen war damals schon völlig verpönt, und es blieb nichts anderes übrig als die reichliche Verwendung von Schlafmitteln, um den Kranken und ihrer Umgebung Ruhe zu verschaffen. Gemäß dem allgemeinen Bestreben schränkte ich den Gebrauch, namentlich bei länger dauernden Erregungen, allmählich mehr und mehr ein bis auf das durch die Verhältnisse gebotene Mindestmaß. Erst die stärkere Betonung der Wasserbehandlung seit etwa zehn Jahren machte weitere Fortschritte möglich, so daß ich schließlich dahin gelangte, Medikamente nur noch in bestimmten Ausnahmefällen zu verordnen, und für die gleiche Krankenzahl im Jahre weniger brauchte als früher in einer Woche.

Die Wasserprozeduren habe ich gleichfalls ausgiebig erprobt und bin von den anfänglichen Übertreibungen zurückgekommen. Vor allem zeigte es sich, daß es doch eine ganze Anzahl chronischer Erregungen oder periodischer Aufregungszustände alter Fälle gibt, die durch noch so ausgedehnte Wasserprozeduren nicht sonderlich beeinflußt werden. Da habe ich denn in den Jahren 1905/6 ein Jahr hindurch auf der Frauenabteilung der alten Anstalt den Versuch angestellt, alle Erregungszustände chronischer Fälle, soweit sie widerstrebten oder durch Wasserprozeduren keine merkliche Besserung erfuhren, außer bei Gefahr grundsätzlich nur mit Bettruhe und geeigneter Gruppierung zu behandeln, sie Tag und Nacht toben zu lassen und nur Nahrungsaufnahme, Körpergewicht und Schlaf fortlaufend zu kontrollieren. Jede Minute Schlaf, zu welcher Tages- oder Nachtzeit er auch erfolgte, wurde genau notiert. Es ergab sich, daß selbst die geringsten durchschnittlichen täglichen Gesamtschlafzeiten von nur drei bis vier Stunden durch Monate hindurch ohne erheblichen dauernden Einfluß auf den Ernährungszustand blieben, daß auch recht turbulente Erregungen allmählich von selbst abflachten und wiederholt durch plötzlichen Übergang zu einer Beschäftigung kupiert wurden. Diese, Eingriffe möglichst vermeidende Methode hatte nur eine Voraussetzung, nämlich geeignete räumliche Verhältnisse. Die Wachabteilung für Unruhige bestand aus fünf zusammenhängenden Zimmern, davon waren vier mit je fünf bis sechs Betten belegt, während in dem fünften ein permanentes Bad mit vier Wannen eingerichtet war. Es wurde für die frischen Fälle benutzt und für geeignete, nicht widerstrebende chronische, für welche die Badewanne eine bessere Isolierung bewirkt als das Bett. Etwa die Hälfte der Abteilung, darunter die lautesten Kranken, wurde ohne Wasser und ohne Medikamente behandelt. Durch die Zerlegung in kleine getrennte Gruppen beeinflußten sie sich gegenseitig sehr wenig, zumal auf eine geeignete Gruppierung ständig Bedacht genommen wurde. Selbst bei Neigung zu Gewalttätigkeit genügte meist das Verlegen in ein weniger besetztes oder zeitweilig freigemachtes Zimmer. Nur ganz vereinzelt mußte zur Injektion oder Packung gegriffen werden. An den fast ständig in der Abteilung herrschenden Lärm gewöhnten sich die Patien-



ten bald, und man fand zu jeder Tageszeit Schlafende. In der Nacht wurden die jeweilig Unruhigsten nach dem einen Ende der Abteilung verlegt, die Türen blieben offen oder waren überhaupt entfernt.

Der Laie ist nach seinen häuslichen Erfahrungen fast durchweg geneigt anzunehmen, daß erregte Kranke in der Anstalt entweder in eine Tobzelle gesperrt oder mit mehr oder weniger Zwang beruhigt werden müssen. Es macht daher einen tiefen Eindruck auf ihn, einen tieferen als der Hinweis auf unsere jetzigen humanen Behandlungsmethoden, wenn er hört, daß jeder Anstaltsinsasse gewissermaßen das Recht hat Skandal zu machen, und daß die Rücksicht auf andere nicht ohne weiteres dazu nötigt, ihn deshalb gegen seinen Willen mit Medikamenten oder Wasserprozeduren zu behandeln. Nur die sichere Gewähr der Besserung oder wirkliche Notfälle rechtfertigen in Wahrheit eine derartige Behandlung Widerstrebender. Die bauliche Anlage der Anstalten sollte eine möglichst weitgehende Durchführung dieses Grundsatzes berücksichtigen.

Außer der allgemeinen Aufklärungsarbeit halte ich es für besonders wichtig, auf die in der Praxis stehenden ärztlichen Kollegen einzuwirken. Ich pflichte Bumke*) darin vollständig bei, daß fortschrittlichere Anschauungen am sichersten über die ärztlichen Berater ins Publikum dringen, und daß Vorurteile nicht eher schwinden, ehe nicht die Ärzte selbst sich von ihnen befreit haben. Es kann aber nicht geleugnet werden, daß in Ärztekreisen noch vielfach laienhafte Anschauungen über das Wesen der Psychosen, über Ätiologie, psychische Beeinflußbarkeit des Ablaufes, Wertung von Äußerungen der Patienten usw. zu finden sind. Ebenso teilen auch Ärzte noch öfter die Scheu vor der Anstalt, raten zu spät zur Anstaltsbehandlung und glauben sich noch obendrein wegen dieses Rates entschuldigen zu müssen. Es sind mir auch Fälle vorgekommen, wo Ärzte mithalfen, Kranke unter falschen Vorspiegelungen der Anstalt zuzuführen. Schließlich gibt es sogar noch Ärzte, die den Anstalten mißtrauen und unserer Tätigkeit Geringschätzung entgegenbringen. Ehe das Urteil im Lubeckiprozesse heraus war, haben auch Ärzte gegen uns Stellung genommen. Wir Anstaltsärzte sollten es daher nirgends unterlassen, Anschluß an die örtlichen Ärztevereine zu suchen, um dort aufklärend zu wirken, für unser Spezialgebiet Interesse zu verbreiten und unsere Teilnahme an wissenschaftlichen Bestrebungen kundzutun. Es läßt sich hierdurch vielleicht auch dahin wirken, daß nicht, wie bisher, alle Ärzte sich ohne weiteres für sachverständig in psychiatrischen Fragen halten und selbst in zweifelhaften Fällen sich zur Abgabe eines Gutachtens verpflichtet fühlen. Wir Psychiater scheuen uns doch auch nicht, uns in irgendeinem andern Spezialfach für nicht kompetent zu erklären.

Bumke tadelt auch ganz mit Recht die allgemeine Bereitwilligkeit der Ärzte zur Ausstellung von Gefälligkeitsattesten. Auch in dem jüngsten Rechtsstreit um die Kinder der Gräfin Pfeil war alsbald ein ärztliches Attest zur Stelle, das die Auslieferung aus Gesundheitsrücksichten für unmöglich erklärte, und dabei wurden die Kinder ohne Schaden von einem Gut aufs andere gebracht.

Ganz besonders muß vor Paranoikern und Querulanten gewarnt werden, die von einem Arzt zum andern ziehen, um Gutachten herauszuschlagen. Hierfür war Lubecki typisch. Es gelang ihm, sogar inhaltlich ganz einwandfreie Gutachten, wie das Nißls, für seine Zwecke zu mißbrauchen, und von Bonhoeffer hat er sich durch falsche Vorspiegelungen ein Gutachten erschlichen. Er stellte es B. gegenüber so dar, als ob sein Aufenthalt in Leubus und die zeitweilige Verhängung einer Pflegschaft auch noch ein Jahr nach der Aufhebung seinen geschäftlichen Kredit schädigte, und er deshalb seine Geschäftsfähigkeit von einer Autorität bescheinigt haben müsse. Sobald er aber ein dahingehendes Attest in Händen hatte, schrieb er B., daß es für ihn wertlos sei. Es enthielte eine Wendung, wonach er in Leubus eine Psychose überstanden habe, und diese mache eine Schadenersatzklage erfolglos(!)*). Natürlich war es L. von vornherein nur um ein Attest zu tun gewesen, das ihm diese Schadenersatzklage ermöglichte, sei es, daß es eine frühere Krankheit ausdrücklich verneinte oder unwahrscheinlich machte oder zum mindesten einen dahingehenden Anschein erweckte. Hätte es L. nicht verstanden, den eigentlichen Zweck der Begutachtung zu verdunkeln, dann würde er schwerlich ein Gutachten von B. erhalten haben.

Außer der Abwehr von Angriffen, außer der systematischen Aufklärung des Publikums bleibt uns schließlich noch ein drittes Feld direkter Gegenwehr,

*) Bumke, Landläufige Irrtümer in der Beurteilung von Geisteskranken. Wiesbaden, Bergmann, 1908. — Ich habe diese vortreffliche Arbeit vor Jahresfrist gelesen, aber im Augenblick nicht zur Hand, um sie eingehender zitieren zu können.

*) Jahrg. 1908, Nr. 37, S. 321.



das jedem von uns offensteht. Es besteht in der grundsätzlichen Ablehnung jeder Verantwortung, die nicht unbedingt übernommen werden muß. Die Art, wie die Aufnahme- und Entlassungsbestimmungen gehandhabt werden, bietet hierzu Gelegenheit. Früher haben wir aus Humanität manche Notaufnahme ohne vorherige Genehmigung des Landeshauptmanns vorgenommen, wozu uns das Reglement in dringlichen Fällen befugt; jetzt lehnen wir sie grundsätzlich ab. Unsere Erfahrungen haben uns genötigt, humanitäre Gesichtspunkte zurücktreten zu lassen und an uns selbst zu denken. Seitdem ist schon mancher furibunde Kranke zurückgewiesen worden und seine Begleiter haben mit ihm unter den schwierigsten Verhältnissen auf dem Dorfe übernachten müssen, bis sie das Fehlende beschafft hatten. Diese rigorose Handhabung der Bestimmungen verbreitet sich weithin und bringt es dem Publikum zum Bewußtsein, daß sich die Anstaltsärzte doch nicht so leicht, wie manche wähnen, über gesetzliche Vorschriften hinwegsetzen.

Weiterhin haben wir neuerdings öfter die Herausnahme nicht entmündigter Privatkranker, die fortdrängten, verlangt, obwohl sie ungeheilt waren und der Anstaltsaufenthalt auch nach den äußeren Verhältnissen zweckmäßiger erschien. Dies geschah, sobald wir die unbedingte Notwendigkeit der Anstaltspflege nicht mehr als vorliegend erachteten. Früher machten wir wohl auch die Entlassung gewalttätiger oder selbstmordsüchtiger Kranker von der Beibringung einer polizeilichen Genehmigung abhängig, auch wo dies nach dem Reglement nur zulässig, aber nicht ausdrücklich vorgeschrieben war. Jetzt begnügen wir uns in solchen Fällen mit einer eindringlichen Warnung, die wir zu den Akten notieren. Erst neulich wurde ein schwer selbstmordsüchtiger Patient gegen unsern dringenden Rat in die Familie zurückgenommen und nahm sich wenige Tage darauf das Leben. Wenn man in solchen Fällen zum Schutze des Kranken mehr tut, als man unbedingt verpflichtet ist, ruft man nur Mißtrauen bei den Angehörigen hervor, während sie sich über den traurigen Ausgang leicht mit dem üblichen Trost hinweghelfen: „Bei der Unheilbarkeit des Leidens war es für alle Teile so am besten!"

Endlich gehört hierher noch die größte Vorsicht bei Abgabe von Gutachten. Wir erhalten jetzt viel mehr gerichtliche Fälle zur Begutachtung als früher und daher auch mehr zweifelhafte. Manchmal reichen auch die sechs Wochen nicht aus, um zu einem sichern Urteil zu gelangen. Überall, wo die Sache sich überhaupt nicht entscheiden läßt oder wo man nur bis zu einem mehr oder weniger dringenden Verdacht kommt, soll man unter eventueller Anführung aller Verdachtsmomente sich mit einem Non liquet begnügen und es dem Gericht überlassen, selbst aus dem Material seine Schlüsse zu ziehen. Bequemer ist dem Gericht freilich ein Gutachter, der sich immer bestimmt so oder so entscheidet, aber bei der verbreiteten Anschauung, daß wir Psychiater stets geneigt sind, die Schuldigen ihrer Strafe zu entziehen, müssen wir volle Objektivität wahren, ein bestimmtes Urteil nur aussprechen, wenn wir es in ganzem Umfange beweisen können, und nicht mehr Verantwortung übernehmen, als wir wirklich tragen können.

Gegen Übelwollen und Mißtrauen liegt der beste Selbstschutz in dem Grundsatz: Fiat justitia, pereat mundus! Das ist die Tendenz dieser letzten Gruppe von Maßnahmen zur Gegenwehr.

Referate.

— Brosch-Wien, Privatdozent Dr., Die Selbstmörder. Mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Selbstmörder und ihrer Obduktionsbefunde. Verlag von F. Deuticke, Leipzig und Wien. 192 S.

Der Lösung des Selbstmordproblems wurde bisher fast nur durch statistische und psychiatrische Untersuchungen nähergetreten, während man der Detailforschung auf anatomischem Gebiet nur wenig Erfolg verhieß. Verf. bringt nun in seiner umfangreichen und außerordentlich interessanten Arbeit den Nachweis, daß die pathol. Anatomie imstande ist, wertvolle Beiträge zur Beurteilung der Selbstmörder zu liefern. Der Sektionsbefund kommt zwar als allein ausschlaggebendes Moment nur in seltenen Fällen in Frage, aber sehr häufig ist er als Mitargument oder als bestätigendes resp. richtigstellendes oder wegweisendes Moment hochzuschätzen.

Das der Arbeit zugrunde liegende Material von 327 Fällen beschränkt sich ausschließlich auf militärische Selbstmörder der österreichischen Armee; diese Armee steht hinsichtlich der Selbstmordfrequenz weitaus an erster Stelle von allen Armeen. Die wichtigsten Ergebnisse der sehr eingehenden Studien sind vom Verf. in Leitsätzen zusammengefaßt worden, deren Hauptinhalt folgender ist: Die am Gehirn und seinen Hüllen bei Selbstmördern vorgefundenen Veränderungen wiegen um so schwerer, je jünger unter sonst gleichen Umständen der Selbstmörder ist. Am Gehirn und seinen Hüllen vorgefundene Veränderungen wiegen im allgemeinen um so schwerer, wenn sie sich als Teilerscheinung einer Allgemeinerkrankung (Lues, Alkoholismus) oder als Begleiterscheinung einer anderweitigen Organerkrankung zu erkennen geben. Anscheinend unwesentliche Befunde des Gehirns und



seiner Hüllen gewinnen an Dignität, wenn sie sich an einem und demselben Individuum kombiniert vorfinden, und zwar um so mehr, je inhaltsreicher diese Kombinationen sind. Nächst den Befunden am Zentralnervensystem ist bei militärischen Selbstmördern den Befunden am Zirkulations- und Respirationsapparat die meiste Beachtung zu schenken.

Arnemann-Zschadraß.

— Groß, Hans, Kriminalistische Tätigkeit und Stellung des Arztes. I. Band des Handbuches der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, herausgegeben von Prof. Dittrich. Verlag Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig, 1908.

Der bekannte Kriminalist gibt in dem vorliegenden umfangreichen Werke mehr, als der Titel verspricht. Er bringt ein ausführliches Handbuch, ein Nachschlagewerk über sämtliche kriminalistische Fragen, das für den Gebrauch des Mediziners in leicht verständlicher Form geschrieben ist. Das Werk ist in seiner Eigenart in der Literatur einzig dastehend; seine Anschaffung empfiehlt sich für alle medizinischen Büchereien, insbesondere für die des Gerichtsarztes, Medizinalbeamten und Psychiaters. Besonders hervorgehoben sei die fesselnde Schreibart des Autors.

Fritz Hoppe.

— Löwy, Max, Über Hypochondrie und ihre Wurzeln. Neues zur Differenzialdiagnose der Hypochondrie, besonders von den Psychosen. Prager Med. Wochenschrift, Bd. 33, Nr. 51.

Das Ergebnis der Arbeit wird in folgenden Sätzen zusammengefaßt: Die echte Hypochondrie ist eine Form der funktionellen Neurose, meist der Neurasthenie, zum Teil auch der Hysterie, sie wird charakterisiert durch die ängstliche Besorgtheit um das eigene Befinden und spiegelt so die Hauptwurzeln der Neurose: die Herabstimmung, Schwäche und den Egozentrismus wieder. Hypochondrische Äußerungen und Erscheinungen finden sich auch bei Psychosen, besonders bei den Demenzpsychosen, welche nicht selten mit Herabstimmung und Egozentrismus einhergehen. Durch die Art des Egozentrismus der Demenzpsychosen (Egozentrismus aus Verlust der allgemeinen und sachlichen Interessen) und durch die übrigen Symptome der Psychose ist meist, wenn man nur an das Bestehen einer Psychose denkt, die Unterscheidung möglich. Die Beachtung der Wurzeln des Egozentrismus ist also ein wichtiges differentialdiagnostisches Mittel zur Erkennung der echten Neurosen und der Hypochondrie.

Fritz Hoppe.

— Ewald, C. A., Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem und Kretinismus. Zweite, völlig neubearbeitete Auflage. Wien und Leipzig, 1909. 293 Seiten. Preis 6,80 M.

In den 14 Jahren seit dem ersten Erscheinen dieses bedeutenden Werkes ist auf dem Gebiete der Physiologie und Pathologie sehr viel gearbeitet worden; da Verf. alle Tatsachen, die sich dabei ergeben haben, berücksichtigen wollte, kam eine vollständige Neubearbeitung des Stoffes zuwege. Eingeteilt ist derselbe in vier Hauptabschnitte: 1. Zur Anatomie und Physiologie der Schilddrüse. 2. Thyreoiditis acuta. Struma maligna. Echinokokkus, Syphilis, Tuberculosis glandulae Thyreoideae. 3. Kropf und Kretinismus. 4. Myxödem und Cachexia strumipriva. Den Schluß bildet ein (mehr als 50 Druckseiten) Literaturverzeichnis. — Der endemische Kropf ist zurückzuführen auf Infektion durch einen organischen, an bestimmte tellurische Gestaltungen gebundenen und durch das Wasser dem Menschen übermittelten Krankheitskeim. Er kommt nur auf marinen Ablagerungen vor, und zwar auf den Sedimenten des paläozoischen Zeitalters (Devon, Silur, Kohle, Dyas), des Trias und der Tertiärzeit. An die Kropf-Territorien gebunden findet sich der endemische Kretinismus; die Schilddrüse ist beim K. oft strumös erkrankt, aber nicht unbedingt total zerstört. Das Primum movens ist durch eine endemische Noxe unbekannter Natur gegeben. — Was die Krankheiten, denen eine chronische Störung resp. ein Ausfall der Funktion der Schilddrüse zugrunde liegt, betrifft, so läßt sich eine kontinuierliche Reihe feststellen: 1. der sporadische Kropf, 2. der sporadische Kretinismus (kongenitales Myxödem), 3. das juvenile Myxödem (erworbene Athyreose oder Dysthyreose der Kinder), 4. das Myxödem der Erwachsenen (Hypo- bis Athyreose der Erwachsenen), 5. das operative Myxödem. — Auch zum kretinoiden Habitus kann durch nachträgliche Erkrankung der Schilddrüse ein myxödematöser Zuschlag kommen; gerade dieses Vorkommnis spricht für die Anschauung, welche zwischen der kretinischen Degeneration und den durch Schilddrüsenverlust bedingten Veränderungen eine Scheidewand zieht. — Die Basedowsche Krankheit wird in dem Werke nicht berührt.

Berze.

— Lange, Karl, Schulrat Dr., Über Apperzeption. Eine psychologisch-pädagogische Monographie. Leipzig, 1909. 257 Seiten. Preis 3,60 M.

Das Werk erscheint bereits in zehnter Auflage und hat schon 1893 eine Übersetzung ins Englische gefunden. Im ersten Abschnitte erörtert Verf. Wesen und Arten der Apperzeption und führt nach Besprechung der Apperzeption für die geistige Entwicklung des Menschen (Apperzeptionsstufen) und nach einer trefflichen Darlegung der Entwicklung des Apperzeptionsbegriffes (Leibniz, Kant, Herbart, Lazarus, Steinthal, Wundt) aus, daß eine weitere Klärung der Streitfrage des Vorganges der Apperzeption abzuwarten und der wissenschaftlichen Tagesströmung gegenüber kritische Vorsicht zu bewahren sei. Verf. selbst hält den Apperzeptionsbegriff der Herbartschen Schule — etwa modifiziert im Sinne, Lotzes — noch für den geeignetsten, die wissenschaftliche Einsicht, namentlich auf pädagogischem Gebiete, zu fördern und einer fruchtbaren psychologischen Gestaltung des Unterrichtes wertvolle Dienste zu leisten. — Im zweiten Abschnitt zeigt Verf. die Apperzeptionstheorie in ihrer Anwendung auf die Pädagogik. Was hat zur Einleitung und Förderung des Apperzeptionsprozesses im Zöglinge zu geschehen? Die sich ergebenden Weisungen beziehen sich im besonderen 1. auf das Objekt der Apperzeption (Auswahl und Anordnung des Unterrichtsstoffes), 2. auf



das Subjekt der Apperzeption (Erforschung, Erweiterung und Verwertung des kindlichen Erfahrungsschatzes), 3. auf die zweckmäßige Verknüpfung beider Faktoren im Lernvorgange (Lehrverfahren). Als Objekt müssen dem Kinde solche Stoffe geboten werden, für deren gründliche Aneignung in ihm eben die günstigsten Bedingungen vorhanden oder leicht zu schaffen sind; sie sind so anzuordnen, daß jeder Stoff dem folgenden zahlreiche starke Apperzeptionshilfen schafft. Hinsichtlich des Subjektes erhebt sich die Forderung, daß der Lehrer darauf bedacht sei, einen möglichst genauen Einblick in die Gedankenkreise seiner Schüler, namentlich in den überaus wichtigen, welchen sie vor allem Unterricht erworben, zu gewinnen, diesen durch zweckmäßigen, heimatkundlichen Unterricht zu erweitern, zu klären und zu vertiefen und an die so erlangte Erfahrung der Zöglinge alle seine Unterweisungen auf das sorgfältigste anzuknüpfen. Im Kapitel: Lehrverfahren befaßt sich Verf. damit, „die Unterrichtsstufen festzustellen, welche die einzelnen Abschnitte („methodischen Einheiten"), in die der Lehrstoff eines Faches zerlegt werden muß, zu durchlaufen haben, wenn eine gründliche und vollständige Aneignung derselben zustande kommen soll. — Das Buch ist ausgezeichnet. Wenn nur auch die Lehrerschaft in ihrer Gesamtheit die Eignung und das Streben hat, dem Verf. in seinen Gedankengängen zu folgen! Der Staat ist glücklich zu preisen, in dem man vom Volksschullehrer ein so ernstes pädagogisches Studium erwarten kann. Berze.

Personalnachrichten.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg.** Distriktsarzt Dr. Hermann Groh ist am 18. November d. Js. als Volontärarzt in den Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

— **Asyl Carlsfeld** bei Brehna (Kr. Bitterfeld). Assistenzarzt Ehrlich (bisher Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt Kosten) am 1. Oktober d. Js. eingetreten.

— **Stetten.** Oberarzt Dr. A. Schott, bisher Weinsberg, ist zum leitenden Arzt der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische und Schwachsinnige in Stetten i. R. (Württemberg) ernannt worden.

Familiennachrichten.

— Verlobt: Fräulein Ilse Werner, jüngste Tochter des Direktors Sanitätsrates Dr Werner in Owinsk, mit Herrn C. Dodillet, Anstaltsarzt in Owinsk.

☞ Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma E. Merk, Chemische Fabrik, Darmstadt betr. „Veronal" bei, den wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.

Das Berliner Polizeipräsidium bittet, den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie folgendes bekannt zu geben:

Ein angeblicher „Dr. med. Th. Scherrer, Assistenzarzt der Landesirrenanstalt Steinhof bei Wien" wohnte mit „Gattin" von Ende August d. J. ab in einem Münchener Pensionat und ließ sich Betrügereien zuschulden kommen. Das Paar scheint sich nach den von ihm zurückgelassenen Effekten vorher in Dresden und Wien (vermutlich Marienhilferstr.) aufgehalten zu haben. Der Mann, ca. 35 J. alt, mittelgroß, etwa 1,68 m, schlank, leicht melierte Haare, schwarzer, englisch gestutzter Schnurrbart, mageres, längliches Gesicht, breite Stirne, große, fleischige Nase. Er trug braunen Anzug, bräunlichen Regenmantel, Zwicker ohne Einfassung, neigte beim Gehen den Oberkörper etwas nach vorwärts und sprach norddeutschen Dialekt. Die angebliche Frau Scherrer ist ungefähr 24 Jahr alt, klein, untersetzt, hat schwarze, in der Mitte gescheitelte Haare, braune, lebhafte Augen, volles, rundes Gesicht, großen Mund, trug ein graugrünes Reformkleid.

Etwaige Mitteilungen, die zur Ermittlung des Beschuldigten führen könnten, werden an das Berliner Polizeipräsidium zu Tagebuch-Nr. 4107 IV. 48 09 erbeten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 37. 4. Dezember **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt:
Artikel: Paranoia — Affekt — Verfolgungswahn — Größenwahn. Von Dr. R. Lehmann, Abteilungsarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Freiburg i. Schl. (S. 321.) — **Zur Sondenernährung Geisteskranker. Von Dr. Rasch.** (S. 323.) — **Die Verselbständigung der Anstaltsärzte. Von Medizinalrat Prof. Dr. P. Näcke in Hubertusburg.** (S. 326.) **Mitteilungen** (S. 328.): **Einweihung der Bezirksheil- und Pflegeanstalt in Rufach (Oberelsaß). Aus der psychiatrischen Universitätsklinik in München — Personalnachrichten** (S. 331.)

Paranoia — Affekt — Verfolgungswahn — Grössenwahn.

Von Dr. *R. Lehmann*, Abteilungsarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Freiburg i. Schl.

Immer mehr bricht sich die Ansicht Bahn, daß es sich bei der Paranoia nicht um eine primäre Erkrankung der Verstandestätigkeit handelt, bei der erst sekundär die Affekte in Mitleidenschaft gezogen werden, sondern daß die Affektstörung das Primäre ist und die Wahnbildung veranlaßt. Ich verweise in dieser Beziehung auf die Ausführungen von Sandberg, Moeli, Bresler, Störring, Linke, Pick, Specht: im Zusammenhang damit stehen die Erörterungen, die sich mit der Bedeutung der Gefühle für die Genese der Wahnbildung überhaupt beschäftigen, wobei mir besonders die Arbeiten von Tiling und Neupert vorschweben. Ich bemerke aber ausdrücklich, daß damit die Zahl der Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, keineswegs erschöpft ist, vielmehr ist sie, wie überhaupt die Frage nach Abgrenzung und Klassifikation dieser Erkrankung, in den letzten Jahren sehr häufig Gegenstand wiederholter Bearbeitung und Diskussion gewesen, ein Beweis, welches Interesses sich dieser Krankheitsbegriff erfreut, ein Beweis aber auch für die Schwierigkeiten, die sich einer halbwegs einheitlichen und befriedigenden Klarstellung noch entgegenstellen. Die Frage, welcher Art die Affektstörung ist, soll zunächst einmal außer Betrachtung bleiben; ist erst einmal eine Einigung über die Bedeutung des Affekts auf diesem Gebiete überhaupt erfolgt und namentlich auch darüber, daß die Affektstörung etwa nicht nur im Initialstadium der Paranoia eine Rolle spielt, sondern während des ganzen Verlaufs, und daß die Paranoia mit ihr steht und fällt, so wird ein systematisches Fortschreiten auf dem Wege der Erkenntnis dieser Erkrankung sicher nicht ausbleiben.

Wenn ich mir erlaube, zu dieser Frage Stellung zu nehmen, so geschieht es in der Erwägung, daß falls die ganzen Erörterungen über dieses Gebiet nicht Sisyphosarbeit bedeuten sollen, einige Schwierigkeiten unbedingt aus dem Wege geräumt werden müssen, die einem tieferen Eindringen noch hinderlich sind und zum Teil in der Sache selbst liegen, zum Teil aber auch ihren Grund in einer nicht genügend präzisierten Betrachtungsweise haben.

Eine Schwierigkeit liegt zunächst in der unglückseligen Verquickung von symptomatischen Zustandsbildern mit nosologischen Begriffen, ein Krebsschaden, auf den schon Neißer und Kraepelin gerade mit Bezug auf die Paranoiafrage eindringlich hingewiesen haben. Wir können uns immer noch nicht genügend davon frei machen, paranoische Zustandsbilder, die — allgemein gesprochen — durch das Vorherrschen von Sinnestäuschungen und Wahnideen gekennzeichnet sind, in einen Topf zu werfen mit dem nosologischen und entwicklungsgeschichtlichen Begriff Paranoia (Verrücktheit), dem „eisernen Kern der ganzen Paranoiagruppe“, wo sich ganz langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem ohne Sinnestäuschungen bei vollkommener Erhaltung der Klarheit wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln entwickelt. Nur dieser scharf umschriebene Kraepelinsche Paranoiabegriff kann in Frage kommen, wenn es sich um eine Untersuchung über die Beziehungen zwischen Affekt und Paranoia handelt. Unterläßt man, die halluzinatorischen Zustände auszuschließen, so muß jeder Versuch einer Klärung der affektiven Grundlage unfruchtbar ausfallen, ein Fehler, in den gelegentlich selbst noch manche von denjenigen Autoren verfallen, die vollständig die affektive Grundlage der Paranoia vertreten. Man hat dann deutlich das Ge-



fühl, wie sich eine gewisse Verlegenheit einstellt, sobald die Sinnestäuschungen mit in die Diskussion über die Frage des Zusammenhangs zwischen Affekt und Paranoia hineinbezogen werden. Will man diesen Zusammenhang mit Aussicht auf Erfolg prüfen, so müssen demnach unter allen Umständen ausgeschlossen werden:

1. Die Dementia paranoides,

2. sämtliche halluzinatorischen Zustände, sowohl die chronischen Halluzinosen, bei denen der Kranke den Sinnestäuschungen gegenüber mehr die Rolle eines unbeteiligten Zuschauers spielt, wie es nicht selten bei Halluzinosen auf alkoholischer Basis beobachtet wird; — dann aber auch die Zustandsbilder, die man noch vielfach als „chronische halluzinatorische Paranoia" bezeichnet. Die hierbei auftretenden Wahnideen sind keine echten, aus dem Gefühl heraus geborenen Wahnideen, sie sind wahrscheinlich nur Erklärungsversuche der Sinnestäuschungen, jedenfalls scheiden sie aus einer Erörterung über die Frage eines Zusammenhangs zwischen Gefühl und Wahnbildung aus. Hierfür kann nur der Kraepelinsche Krankheitsbegriff Paranoia in Betracht kommen — und selbst der noch nicht in vollem Umfange, worauf ich gleich zu sprechen komme.

Das zweite Hindernis für eine erfolgreiche Vertiefung in dieser Frage liegt m. E. darin, daß man sich nicht von der Vorstellung eines angeblichen Zusammenhangs zwischen Verfolgungs- und Größenwahnideen losmachen kann, eine Vorstellung allerdings, die wohl einen fest überkommenen und eisernen Bestandteil unserer psychiatrischen Betrachtungsweise zu bilden scheint. Die echte Paranoia kann sich m. E. nur auf den Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn erstrecken; Größenwahnideen haben ihre Wurzel vorwiegend in anderen Substraten als im Gefühl; ein innerer Zusammenhang zwischen Verfolgungsideen und Größenideen besteht nicht, ein Übergang von Verfolgungswahn in Größenwahn bei einem und demselben Individuum — (wohlgemerkt: sämtliche halluzinatorischen und geistigen Schwächezustände scheiden hier aus) — findet nicht statt. Ich muß gestehen, daß mich die Erklärungsversuche von einer Transformation des Wahns, daß sich der Größenwahn durch Reflexion aus dem Verfolgungswahn herausentwickeln solle — wogegen sich übrigens auch Tieling ausspricht — nie befriedigt haben. Gewiß will ich nicht bestreiten, daß auch Größenwahnideen gelegentlich ihren Ursprung und ihre Erklärung in veränderter Gefühlslage haben können, prinzipiell wird man aber zugestehen müssen, daß dauernde Größenideen viel mehr innerlich verwandt mit geistigen Schwächezuständen als mit Paranoia sind. Sie sind natürlich nicht das einzige Zeichen einer geistigen Schwäche und die Demenz muß nicht notwendig zu Größenideen führen; daß es aber viele Krankheiten mit Größenwahn geben soll, wo keine Demenz besteht (Kaufmann, Zur Pathologie der Größenideen), muß ich nach meinen klinischen Erfahrungen bestreiten. Beim Größenwahn kann man viel häufiger eine Abschwächung der Affekte beobachten, für mich ein Beweis, daß er im letzten Grunde viel mehr eine innere Verwandtschaft zu geistigen Schwächezuständen als zum Gefühl hat. Anders dagegen beim aus dem Gefühl geborenen Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, der seine Wurzeln viel mehr in das physiologische Gebiet hinüberstreckt. Hier steht die dauernd veränderte Affektlage in unmittelbarem Zusammenhang mit der Wahnbildung, der Wahn wird aus der Anlage heraus geboren, die primäre Veränderung des Affekts schafft andauernd die wahnhaften Verfälschungen, sie muß mit eiserner Konsequenz zur Wahnbildung führen. „Wenn es", um mit Neißer zu reden, „gelänge, einem Paranoiker etwa mit einem Zauberschlage seine sämtlichen Wahnideen zu rauben, so bliebe er doch so krank wie vordem." Dieses Argument ist, wenn auch Neißer wohl aus anderen Erwägungen dazu gelangt ist, vollständig richtig: denn die Grundlage der Wahnbildung, die veränderte Affektlage, bleibt ja bestehen, auch wenn ihr Geschöpf — die Wahnbildung — einmal vorübergehend zurücktreten sollte. Denn auch darin muß ich mit Neißer übereinstimmen: nicht die fixierte Wahnidee ist das Wesentliche, sondern die „chronische Wahnbildung": es ist kein Dauerzustand, sondern ein immerwährendes Entwickeln. Äußere Umstände können die Tätigkeit des krankhaft veränderten Affekts begünstigen; in dieser Beziehung möchte ich den Ausführungen Lomers über die kumulierende Wirkung häufig wiederkehrender Assoziationen völlig beistimmen. Aber ohne paranoische Anlage kommt es nie zur Paranoia, sie ist eine endogene Krankheit κατ' ἐξοχήν, sie ist, wie Tiling sagt, im Charakter präformiert. Gerade aus diesem Grunde kann ich dem eben genannten Autor darin nicht folgen, wenn er sagt, daß die Affekte allmählich verblassen, die auf Grund des krankhaften Affekts gebildeten Wahnideen aber bestehen bleiben: das kann m. E. bei einem mit Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen arbeitenden Paranoiker gar nicht vorkommen, denn die Wahnidee steht und fällt mit seinem Affekt. Viel häufiger beobachtet man dagegen,

worauf ich schon oben hingewiesen habe, das Vorhandensein von Größenwahn ohne entsprechenden Affekt, und dies weist m. E. darauf hin, daß chronische Größenwahnideen viel weniger mit Gefühlsstörungen als mit intellektuellen Störungen zusammenhängen und mit dem Begriff Paranoia, von dem hier die Rede ist, innerlich gar nicht verwandt sind. Ich glaube nicht, daß ein Paranoiker, wie ich ihn im Auge habe, jemals aus seinem Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn zum Größenwahn gelangen wird und kann. Bei der Beeinträchtigungsparanoia keine Spur von geistiger Schwäche, fast könnte man sagen, beides schließt sich aus. Es handelt sich um Individuen, denen jeder wohl auf seinem Lebensweg in mehr oder minder starker Ausbildung schon begegnet ist, von denen er — halb im Scherz vielleicht — die Empfindung hatte: das sind die reinen Paranoiker. Sie werden nur äußerst selten Objekt der Anstaltspflege: denn es liegt ja keine Intelligenzstörung vor; da andererseits die affektive Störung und die aus ihr geborenen wahnhaften Verfälschungen durchaus chronischen Charakter haben, so ist es der Intelligenz möglich, die Oberleitung zu behalten und stärkere, die Anstaltspflege erheischende Konflikte mit der Umgebung zu verhindern. Daraus schließen zu wollen, daß die Paranoia eine seltene Störung ist, wäre verfehlt; in die Anstalt gelangen derartige Kranke selten, in der Außenwelt laufen m. E. diese echtesten Paranoiker in großer Zahl herum.

Wenn ich die Ausführungen Tilings über die Entstehung des Wahns aus den Gefühlen heraus verfolge, so habe ich den Eindruck, daß seine Argumente in vorzüglicher Weise zutreffen, wo es sich um die Genese und Erklärung des Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahns handelt; sie werden aber gezwungener, sobald der Größenwahn mit hineingezogen wird. Es erklärt sich m. E. daraus, daß eben der Größenwahn überhaupt nicht mit der eng umschriebenen affektiven Paranoia innerlich verwandt ist. Würde wirklich eine innere Notwendigkeit bestehen, daß der Größenwahn sich aus dem Verfolgungswahn entwickelt, so sehe ich nicht ein, warum das nicht ausnahmslos bei allen Fällen oder wenigstens bei der großen Mehrzahl zutreffen sollte. Tatsächlich aber gibt es, was niemand bestreiten dürfte, eine große Anzahl Paranoiker, die niemals Größenideen, sondern nur Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen äußern: nur dieses sind m. E. die echten Paranoiker, die für das Studium der affektiven Grundlage der Paranoia das geeignete Material bieten können. Streng genommen paßt der Name Paranoia eigentlich gar nicht auf diese Fälle, denn es handelt sich ja nicht um eine „Verkehrtheit" des Verstandes, als vielmehr um eine Verkehrtheit des Gemüts (Parathymie).

Welcher Art die der Paranoia zugrunde liegende Affektstörung ist, darüber gehen die Ansichten noch auseinander. Diejenigen, die sich darüber geäußert haben, namentlich Specht, sind zum Teil m. E. viel zu sehr deduktiv vorgegangen, indem sie nach Analogie anderweitiger Psychosen affektiven Charakters ohne weiteres eine erworbene Affektstörung auch bei der Paranoia konstruieren wollten. Die Entwicklungsgeschichte der Paranoia weist aber meiner Ansicht darauf hin, daß dieser Weg nicht der richtige ist. Nicht um eine erworbene Affektstörung handelt es sich hier, sondern um eine von vornherein vorhandene Alteration des Gefühlslebens, wahrscheinlich im Sinne einer Einengung des Gefühlslebens nach einer bestimmten Richtung hin, so daß dieser eingeengte Bezirk gewissermaßen als überwertig, als dominierend gerade deshalb aber als Locus minoris resistentiae, in Betracht kommt, der für die gewohnheitsmäßige Wiederkehr bestimmter Assoziationen (Lomer) besonders empfänglich ist. Daraus erklärt es sich auch, daß die Paranoia im Gegensatz zu anderen affektiven Psychosen einer akuten Entstehung und eines akuten Verlaufs nicht fähig ist: denn es handelt sich ja nicht um eine plötzliche Veränderung eines vorher gesunden Gefühlslebens, sondern um eine durch und durch präformierte und dadurch einen Dauerzustand darstellende Abweichung des Seelenlebens.

Aus dem Kurhaus Dr. Fischer-Neckargemünd.

Zur Sondenernährung Geisteskranker.

Von Dr. *Rasch.*

In Nr. 5 dieser Wochenschrift (24. April 1909; ref. D. med. Woch., 1909, Nr. 30, S. 1318) berichtete Fischer über eine von ihm selbst konstruierte Druckspritze, mit Hilfe deren es gelingt, bei Nahrungsverweigerung von Psychisch-Kranken auch konsistentere Nahrung dem Magen einzuverleiben. Die Spritze ist von Fischer ausführlich beschrieben worden.

Es scheint mir nun, als ob dieses Instrument



noch nicht allgemein die Anwendung und Verbreitung gefunden hätte, die es in Wirklichkeit verdient. In der mir zur Verfügung gestellten Zuschrift eines Fachkollegen ist das — vernichtende Urteil zu lesen: „mit dem Nährapparat nach Fischer ist nichts zu machen; er funktioniert absolut nicht. Die Überwindung des Luftdrucks in dem Schlauch gelingt mit größter Anstrengung nicht. Die Sonden sind viel zu dick am oberen Ende, besonders für Nasenfütterung. Summa Summarum: der Apparat funktioniert nicht, ist nicht zu gebrauchen."

Demgegenüber möchte ich mir nun erlauben, über die Handhabung und die praktische Verwendung der Druckspritze in der hiesigen Anstalt einige kurze Bemerkungen zu machen und an der Hand einer Krankengeschichte zu erläutern, welch wertvollen Dienst uns der Apparat schon geleistet hat. Die Spritze ist seit dem 1. Juli 1908 bei uns in Gebrauch. Da ich dieselbe tagtäglich selbst in Anwendung ziehe, glaube ich über die Vorzüge und Schwächen derselben hinreichend unterrichtet zu sein.

Wie jedes neue Instrument, so beansprucht auch der neu erfundene Nährapparat Fischer in der Anwendung und Benutzung eine gewisse Übung — kleine Technizismen oder Kniffe, die sich aber jeder bei gutem Willen leicht aneignen kann.

Was zunächst die Zusammensetzung und Bereitung der Nahrung selbst betrifft, so kann ich mich auf die Publikation von Fischer beziehen. Sie soll einen dicken Brei darstellen und keine Klumpen enthalten. Daß das Fleisch sehr sorgfältig von Sehnen- und Knochenstücken befreit und vier- bis fünfmal durch die Passiermaschine getrieben sein muß, brauche ich kaum zu erwähnen. Von der richtigen Konsistenz des Nahrungsgemisches, die man übrigens sehr bald zu beurteilen lernt, von der passenden Erwärmung der Speisen überzeuge man sich unmittelbar vor jeder Fütterung. Reichlicher Zusatz von Speiseöl erleichtert das Gleiten der Nahrung ungemein. Unmittelbar vor der Ernährung ist der Brei noch einmal gründlich mit dem Quirl zu bearbeiten. Zum Eingießen der Nahrung benutzen wir einen Krug mit Schnabel. Eine Berührung des oberen Teiles der Innenfläche des Zylinders mit dem Nahrungsbrei ist zu vermeiden; etwa haften gebliebene Speiseteile sind zu entfernen. Der Stempel der Spritze ist gut einzuölen, ebenso der obere Teil der Zylinder-Innenfläche. Es ist besonders darauf zu achten, daß der Zylinder nicht ganz bis oben gefüllt wird, sondern mindestens ein freier Raum bleibt von zwei bis drei Finger-Breite.

Nachdem der Schlauch angeschraubt und eingeführt, die Spritze in der angegebenen Weise gefüllt ist, faßt man mit der linken Hand die Spritze ziemlich tief unten, setze mit der rechten Hand den Stempel ein und entleere durch gleichmäßigen Druck den Inhalt der Spritze. Dieser Vorgang vollzieht sich ohne jede Schwierigkeiten, wenn die oben erwähnten Vorbedingungen erfüllt sind.

Nachdem der Inhalt der Spritze ausgedrückt ist, besorgt sofort ein Finger der linken Hand die Drehung des Hahns — darauf wird der Stempel herausgezogen, der Hahn abermals gedreht, der Zylinder von neuem gefüllt usw. So selbstverständlich diese Prozedur ist, so wird es doch im Anfang mal passieren, daß die Hahndrehung nicht rechtzeitig genug vorgenommen wird. Die Folge davon ist, daß Speisebrei aus der Öffnung austritt und gerade den Teil der Spritze verschmiert, wo die linke Hand sich befindet, so daß das sichere Halten der Spritze recht erschwert werden kann.

Mit drei- bis viermaliger Füllung der Spritze bewältigen wir das Nahrungsquantum. Bei erregten Kranken, im Beginn der Sondenernährung und bei starker Brechneigung begnügen wir uns in der Regel zunächst mit zweimaliger Füllung der Spritze und gehen erst allmählich zu einem größeren Nahrungsquantum über.

Was nun die „Überwindung des Luftdrucks in dem Schlauch" anbetrifft, so hat dieselbe mir nie irgendwelche Schwierigkeiten gemacht. Ich kann mir auch nicht vorstellen, daß eine solche Schwierigkeit — wenn sie überhaupt existiert — größer sein sollte als bei der Sondenernährung, wie sie sonst geübt wurde und auch heute noch geübt wird. Ich denke mir, daß diese vermeintliche Schwierigkeit auf ungenauer Einführung des Stempels der Spritze und zu starker Füllung der Spritze beruht und nicht auf Luftdruck im Schlauch.

Beobachtet man die von mir gegebenen kleinen Kautelen bei der Benutzung des Nährapparates, so wird man bei einiger Übung keinen Schwierigkeiten begegnen.

Bei einem Kranken unserer Anstalt, von dem weiter unten die Rede sein wird, benötigen wir nur einer einzigen Person zur Assistenz bei der künstlichen Ernährung, und zwar nur zum Einfüllen der Nahrung in die Spritze. Und auch diese Hilfeleistung ist nicht unbedingt erforderlich. Gelegentlich habe ich sämtliche Manipulationen allein besorgt; vielleicht hat die ganze Prozedur eine halbe Minute länger gedauert als sonst. Bei viermaliger Füllung der Spritze beansprucht die Ernährung nur zwei Minuten.

Der große Vorteil, den die von Fischer angegebene Ernährungsweise in geeigneten Fällen bietet,



wird am besten an der Hand eines Schulfalles klargelegt:

Herr H., 38 Jahre alt, befindet sich seit dem 14. Januar 1904 in der hiesigen Anstalt. Die Anfänge der psychischen Erkrankung, anscheinend auf hereditärer Basis, reichen ungefähr in das 20. Lebensjahr zurück. Zahlreiche Stigmata degenerationis, schwächlicher, infantiler Habitus. Verfolgungsideen besonders auf sexuellem Gebiet. Bezog Äußerungen seiner Angehörigen auf sich. Eigenartige Stellungen, stereotype Bewegungen. Lebhafte Halluzinationen bes. des Gehörs.

Im Jahre 1905, nachdem er sich lange Zeit die Nahrung hatte vom Arzt geben lassen, verweigerte Patient dieselbe völlig, so daß zur Sondenernährung gegriffen werden mußte, die er anfänglich nur mit großem Widerstreben duldete, später aber willig ohne jeden Widerstand sich gefallen ließ. Der Grund der Nahrungsverweigerung war in ausgesprochenen Vergiftungsideen zu suchen.

Die Nahrungsverweigerung dauerte in den folgenden Jahren gleichmäßig fort und machte beständig die Anwendung der Magensonde nötig. Erst im Mai 1907 fing Pat. zuerst wieder an, selbst Nahrung zu sich zu nehmen, um nach kurzer Zeit wieder damit aufzuhören. Gegen Ende Juli 1907 fing Pat. wiederum an allein zu essen und hat dies fortgesetzt bis Mitte März 1908. Die Nahrungsaufnahme während dieser ganzen Zeit war im allgemeinen ziemlich ausreichend, doch nicht ganz regelmäßig.

Alsdann mußte wieder zur Sondenernährung geschritten werden, die bis auf den heutigen Tag dreimal täglich regelmäßig ausgeführt wurde.

Bis zum 1. Juli 1908 wurde die künstliche Ernährung in der üblichen Weise besorgt. Von diesem Zeitpunkt an stand uns nun die Fischersche Spritze zur Verfügung; sie wurde bei diesem Pat. zum erstenmal angewendet und — mit absichtlicher Unterbrechung von zwei Monaten — bis heute konsequent durchgeführt. Vom 1. Juli 1908 an erfolgte die Ernährung so, daß früh und abends Milch mit Eiern, Butter etc., mittags aber konsistentere Nahrung, wie sie von Fischer angegeben worden ist, mittels der Druckspritze verabreicht wurde. Der Erfolg war ein ausgezeichneter: das Körpergewicht des Patienten, welches am 1. Juli 1908 nur 48 kg betrug, stieg in vierzehn Tagen um 3½ kg und stetig weiter bis zum 15. Dezember auf 58,5.

Über die einzelnen in dieser Zeit erfolgten Wägungen gibt nachstehende Tabelle Aufschluß:

1908

1. Juli	**48**	**kg**	1. Oktober	55,5	kg
15. Juli	51,5	„	15. Oktober	56	„
1. August	52	„	1. November	56,5	„
15. August	53	„	15. November	57,5	„
1. Septemb.	53	„	1. Dezember	57,5	„
15. Septemb.	53	„	15. Dezember	58,5	„

1909

1. Januar	60,5	kg	**1. Juni**	**60**	**kg**
15. Januar	60	„	**15. Juni**	**59,5**	„
1. Februar	61	„	**1. Juli**	**57,5**	„
15. Februar	61	„	**15. Juli**	**56**	„
1. März	62	„	1. August	58	„
15. März	62	„	15. August	59	„
1. April	63	„	1. September	58,5	„
15. April	63,5	„	15. September	60,5	„
1. Mai	63,5	„	1. Oktober	61	„
15. Mai	62	„			

Diese Besserung des Körpergewichts, wie sie Ende 1908 bestand, hat auch im Laufe des Jahres 1909 angehalten, so zwar, daß — abgesehen von unbedeutenden Schwankungen — eine Gewichtszunahme von 58,5 auf 63,5 (max.) erzielt wurde. Also im ganzen eine Gewichtszunahme von 15½ kg (31 Pfund)!

Aus äußeren Gründen wurde nun zwei Monate lang — vom 15. Mai bis 15. Juli d. Js. — die Ernährung mittels der Fischerschen Druckspritze ausgesetzt. Die Folge davon war, daß das Körpergewicht sofort wieder beträchtlich fiel; die Abnahme betrug 6 kg.

Am 15. Juli d. Js. begann wieder die Ernährung des Kranken mit dem Ernährungsapparat — und abermals läßt die Körpergewichtsliste einen raschen Anstieg erkennen (s. Tabelle).

Die Anwendung der Druckspritze ist nicht auf diesen Fall beschränkt geblieben. Eine katatonische Kranke, welche infolge von Vergiftungsideen beharrlich lange Zeit jede Nahrung von sich wies, mußte, da der Kräfteverfall bedenkliche Fortschritte machte und durch die gewöhnliche Sondenernährung nicht aufgehalten werden konnte, mit der Druckspritze ernährt werden. Auch bei dieser Kranken wurde durch die Einverleibung konsistenter Nahrung mittels des Fischerschen Ernährungsapparates eine erhebliche Gewichtszunahme erzielt; dieser Ernährungsmodus wurde so lange fortgesetzt, bis die Kranke wieder anfing allein zu essen.

In gleicher Weise haben wir noch in zwei anderen Fällen verfahren mit gleich gutem Erfolg.

Ich habe dem Gesagten nicht viel hinzuzufügen.



Wie aus obigem hervorgeht, hat die Zuführung konsistenter Nahrung bei Nahrungsverweigerung, wenn ein bedenklicher Kräfteverfall einzutreten drohte, in sehr rascher Zeit eine erhebliche Zunahme des Körpergewichts und eine Hebung des Kräftezustandes herbeizuführen vermocht. In einem Fall ist der Ernährungsapparat — zweimonatige Unterbrechung abgerechnet — $1^1/_4$ Jahr täglich in Anwendung gezogen worden.

Wir sind mit einmaliger Zuführung konsistenter Nahrung pro Tag völlig ausgekommen. Selbstverständlich kann man diese Ernährung auch zwei- oder dreimal am Tage in Anwendung ziehen, wenn Indikationen dafür vorliegen.

Der Apparat verdient auch besonders dann Anwendung, wenn bei gewöhnlicher Sondenernährung flüssige Speisen von den Kranken regelmäßig gleich erbrochen oder nachträglich herausgewürgt werden.

Der Fischersche Ernährungsapparat stellt somit einen wesentlichen Fortschritt in der Behandlung abstinierender Geisteskranker dar; derselbe hat sich in der Anstaltspraxis vorzüglich bewährt und verdient weiteste Verbreitung unter den Fachgenossen. Wir möchten unter keinen Umständen auf den Weitergebrauch der Spritze verzichten.

Die technische Handhabung des Apparats macht keinerlei Schwierigkeiten.

Daß die Fischersche Druckspritze zur Ernährung durch die Nase nicht geeignet ist, brauche ich wohl nicht zu erwähnen. Dazu ist unser Schlauch viel zu dick bezw. die Nasenöffnung eines Menschen viel zu eng.

Zum Schluß möchte ich noch auf die Möglichkeit, die Druckspritze auch zur Rektalernährung bei somatischen Erkrankungen, wie z. B. bei Strikturen des Ösophagus, Magenerkrankungen usw., zu verwenden, nur hingewiesen haben. Wir haben keine Gelegenheit gehabt, den Apparat nach dieser Richtung zu erproben.

Die Verselbständigung der Anstaltsärzte.

Von Medizinalrat Prof. Dr. *P. Näcke* in Hubertusburg.

In Nr. 20 dieser Wochenschrift hat Prof. Weber Ansichten entwickelt, die kaum allgemein zu vertreten sind. Er dürfte unter sämtlichen Direktoren vor allem mit der Auffassung allein stehen, die die Verantwortlichkeit nach außen und die Vertretung der Anstalt nach außen so spezifisch in den Vordergrund drängt, daß man denken könnte, sie wäre vor allem als Triebfeder maßgebend für die Leitung der Anstalten. Nicht nur die Direktoren dürften diese Auffassung von ihrer Stellung ablehnen, sondern auch die übrigen Ärzte haben allen Grund, mit den Rückschlüssen, die sich daraus für die Beurteilung ihrer Tätigkeit und Stellung ergeben, unzufrieden zu sein. Im übrigen hat Weygandt (siehe seinen Aufsatz „Psychiatrie und Presse" in Nr. 16 dieser Wochenschrift) das Richtige getroffen, wie namentlich alle die zugeben werden, die Gelegenheit hatten, an großen Anstalten zu wirken.

Nach Weber nimmt der Direktor eine ganz exempte Stellung ein, und es wird von ihm verlangt, daß er in alles und jedes Detail, auch der Krankenbehandlung, eingehe und der Anstalt sein spezifisches Gepräge aufdrücke. Gewiß hat er die Anstalt zunächst nach außen zu vertreten, aber doch wohl mehr als ein Primus inter pares, da er im Jahre zirka zwei bis drei Monate sich vertreten lassen muß, vom Vertreter folglich verlangen kann, daß er in Verwaltungsgeschäften bewandert sei wie er. Bedenkt man ferner, daß die Direktoren sich meist, wenn sie es überhaupt früher taten, nicht mehr wissenschaftlich betätigen können, dies vielmehr den Ärzten überlassen, so kann auch nach dieser Hinsicht von einem wirklichen, moralischen Übergewicht nicht immer die Rede sein. Trotzdem wird der einzelne, wenn er gewissenhaft ist, sich bestreben, wenigstens den wissenschaftlichen Fortschritten zu folgen, so weit er kann. Und er wird dann auch die Meinungen anderer gelten lassen, somit seine Gewalt nicht mißbrauchen. Vor allem darf er aber nicht in Verwaltungsgeschäften allein aufgehen. Er soll an erster Stelle Arzt, und zwar Psychiater, an zweiter Stelle erst Verwaltungsbeamter sein. Selbst wenn er in Verwaltungssachen einmal einen Fehler begeht, so ist das nicht so schlimm, um so weniger als wir alle Tage sogar bei alten, ergrauten, eigentlichen Verwaltungsbeamten solches erleben müssen.

Freilich geht es zur Not auch mit einem bloßen Verwaltungsdirektor an einer Irrenanstalt. Wir haben dies in Hubertusburg etwa zwanzig Jahre lang durchgemacht und können es bezeugen. Aber ein Ideal ist es freilich nicht, und wir sind froh, daß die Leitung wieder in ärztlichen Händen ruht. Daß die



Sache aber geht, ist sicher, und in Frankreich will man von diesem System heute noch nicht abweichen, wie ich dort und aus der Literatur erfahren habe.

Also: Der Direktor soll zuvörderst Arzt sein. Als bloßer Verwaltungsbeamter würde er auch schwerlich Befriedigung empfinden. Er soll sich als Arzt aber nicht etwa auf bloße Beachtung der Hygiene beschränken, sondern auch mit der speziellen Krankenpflege beschäftigen. Da er nun unmöglich alle Kranken genau kennen lernen kann, so muß er diese Aufgabe seinen Ärzten überlassen und kann das mit ruhigem Gewissen tun, da ja besonders die Oberärzte eine meist lange Erfahrung besitzen. Der Direktor wird sich also mit einem Überblicke begnügen müssen, gewisse Richtlinien nach eingehender Besprechung geben, ohne in das Detail einzugreifen, und in großen Anstalten, wie Weygandt ganz richtig sagt, sich wenigstens die neuen Fälle vorstellen lassen oder selbst sie mit untersuchen, soweit es seine Zeit gestattet oder er ein persönliches Interesse daran hat. Er wird ferner in regelmäßigem Turnus die einzelnen Stationen allein oder mit den Stationsärzten begehen, so daß er sehr wohl, auch in Riesenanstalten, in der Hauptsache orientiert sein wird.

Um die eigentliche Therapie wird er sich am besten nicht kümmern, sondern mit seinen Ärzten, die ihm alles zu berichten haben, nur wichtigere Punkte, wie Beurlaubungen, Entlassungen usf. besprechen. Man nimmt ja an, daß moderne Psychiater auch moderne Therapie anwenden. Freilich gibt es hier des Subjektiven noch genug und Zweifel allerwegen. Der eine Arzt schwört z. B. auf Bettbehandlung, der andere mehr auf Dauerbäder; der eine wendet bei ängstlichen Melancholikern Opium in großen Dosen an, wovon der andere (z. B. ich selbst) nichts Gutes gesehen hat. Jede Erfahrung, auch die größte, ist nur eine beschränkte, und bez. der therapeutischen Effekte kann man nicht genug Skeptiker sein!

Was heißt nun: „Einheitlichkeit der Gesichtspunkte", deren Herbeiführung Weber vom Direktor verlangt? Er meint damit wohl, daß der Direktor nur stets seine eigene Ansicht durchsetzen soll?

Das würde wohl nicht immer gut sein, da niemand unfehlbar ist, wenn er auch im allgemeinen mehr Erfahrung hat als die andern. Jeder, auch der jüngste Arzt kann einmal gute Ideen zutage fördern, die Berücksichtigung verdienen. Was verschlägt es, wenn jeder Oberarzt — eine große Anstalt vorausgesetzt — nach seiner Erfahrung seine Station behandelt? Die Anstalt würde vielleicht sogar durch Anwendung verschiedener Gesichtspunkte gewinnen, indem sich Vergleiche ergeben, die dann unter Umständen zu einer Diagonalen in der Betrachtungsweise führen könnten. Bei der gemeinsamen Besprechung ließe sich leicht, wenn nötig, eine Einigung erzielen, die immer besser ist, als wenn der Direktor nur immer seinen Willen durchsetzen will.

Das Verhältnis zwischen Oberärzten und Assistenten ist ein verschiedenes. Bei einer kleinen Anstalt, wo auf der Männer- und Frauenabteilung je ein Ober- und ein Assistenzarzt wirken, werden beide wohl meist zusammenarbeiten, doch so, daß jener die alleinige Verantwortung trägt und die Therapie leitet. Wie aber nun, wenn der eine in dieser überaus abhängigen Stellung womöglich eine Reihe von Jahren ausharren soll, bis er endlich selbst Oberarzt und damit selbständig wird? Ist es für ihn nicht ein deprimierendes Gefühl zu sehen, daß Ärzte, die eben erst die Universität verließen, in ihrer Praxis die verantwortungsvollsten therapeutischen Eingriffe, wie schwere Operationen, Entbindungen etc., machen müssen, während ihm hier in der Anstalt die Hände mehr oder weniger gebunden sind? Das ist auch sicher einer der Gründe, warum es so schwer fällt, Ärzte an die Irrenanstalt zu bringen. Nein, der Arzt soll auch hier möglichst bald selbständig werden. Das allein hebt ihn in seinen Augen, schärft sein Verantwortlichkeitsgefühl und erleichtert ihm seinen schweren Dienst und Beruf. Eine größere Selbständigkeit ist um so mehr zu wünschen, als ja nur wenige in Direktoren-Stellen später einrücken können. Hat er, sagen wir zwei bis drei Jahre, unter einem Oberarzt gelernt Psychosen zu diagnostizieren und zu behandeln, besonders wenn er auf den schwierigeren Stationen beschäftigt war, so dürfte er wohl imstande sein, in den laufenden Fällen seinen Mann zu stellen. In schwierigeren Fällen steht ihm der Oberarzt zur Seite und außerdem werden ja die einzelnen Fälle bei den Konferenzen besprochen. Der Zeitpunkt ist dann gekommen, dem Assistenzarzte eine eigene Station mit eigener Verantwortlichkeit zu geben, und es wird sicherlich gehen. Der Oberarzt wird so auch von Arbeit entlastet und kann sich mehr wissenschaftlich betätigen, auch die jüngeren Kollegen zu solchen Arbeiten anleiten. Ich selbst habe jahrelang an großen Anstalten gewirkt und jetzt seit zwanzig Jahren in Hubertusburg mit seinen etwas mehr als 1500 Patienten. Hier existieren schon lange zwei ärztliche Vorstände unter einem ärztlichen Direktor, die gemeinsam mit ihren Ärzten, von denen jeder, mit Ausnahme der Neulinge, seine eigene Station

hat, arbeiten. Jeder Arzt kennt hier seine Kranken und Pfleger gleich gut und kann sie individuell behandeln, wie in kleineren Anstalten. Der Direktor ist über die Vorkommnisse im allgemeinen stets im Laufenden, und wichtigere Dinge, wie Beurlaubungen, Entlassungen, werden gemeinsam besprochen und entschieden.

Es ist also zweifellos, daß es mit Riesenanstalten ganz gut geht, wie auch Weygandt des näheren ausführt, wenn freilich kleinere im allgemeinen vorzuziehen sind. In großen Städten, Weltstädten im besonderen, sind jene aber nicht zu umgehen und die Heilerfolge gewiß nicht ungünstiger als sonst. Wenn die auf den Arzt entfallende Krankenzahl bei gleicher Qualität ungefähr dieselbe, wenn vor allem das Wartpersonal ein gleich gutes ist, so wird es dort sicher auch nicht mehr Mißhandlungen von Kranken, Entweichungen etc. geben. Freilich ist gerade das Wartpersonal in Großstädten ein sehr fragwürdiges, daher leichter Mißhandlungen etc. vorkommen können, woran aber nicht die Riesenanstalten als solche Schuld sind, sondern nur die Qualität des Pflegepersonals, das sich eben nicht ändern läßt, worauf ja auch jener bedauernswerte Fall kürzlich in Wien zurückzuführen ist. Wir speziell in Hubertusburg haben mit unserm stabilen, gut bezahlten und geschulten Pflegepersonal eine besonders günstige Stellung und daher auch nur selten unangenehme Vorkommnisse zu verzeichnen.

Mit obigen Ausführungen soll selbstverständlich das Ansehen der Direktoren in keiner Weise geschädigt werden. Im Gegenteil, der Direktor ist nicht nur nach Außen, sondern auch nach Innen eine Respektperson. Das erfordert seine Stellung, sein Alter, seine große Erfahrung. Andererseits möchte ich gern den Anstaltsärzten zu größerer Selbständigkeit verhelfen, in ihrem und der Anstalt Interesse. Dann werden sie ihren schweren und oft entsagungsvollen Dienst mit mehr Freude erfüllen und ihre Stellung wird auch nach Außen hin eine geachtetere und begehrtere werden.

Mitteilungen.

— Am 23. Oktober erfolgte in **Rufach** (Oberelsaß) die feierliche **Einweihung der** neuerrichteten **Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt** in Gegenwart der Vertreter der Behörden und unter reger Anteilnahme der Bevölkerung. Von ersteren seien genannt der Statthalter, der Bezirkspräsident, der Staatssekretär, der Kreisdirektor.

Der Bezirkspräsident v. Puttkamer gab nach Begrüßung der Festgäste einen Überblick über die Vorbereitung des Anstaltsbaues, dem wir nach dem „Gebweiler Tageblatt" folgendes entnehmen:

Nachdem die Notwendigkeit der Erbauung einer besonderen Heilanstalt für die Geisteskranken aus dem Oberelsaß anerkannt war, der Gemeinderat von Rufach in dankenswerter Weise das zur Errichtung der Anstalt erforderliche Gelände zur Verfügung gestellt hatte und die Wahl des Platzes erledigt war, arbeitete der mit der Bauleitung beauftragte Architekt Herr Regierungsbaumeister Graf ein Projekt aus, welches die Unterbringung von 850 Kranken vorsah mit der Möglichkeit einer späteren Erweiterung auf 1000 Kranke. Der ermittelte Kostenbedarf bezifferte sich auf rund 5300000 Mark. Der Bezirkstag beschloß den Ausbau für zunächst 640 Betten und stellte den Kostenanschlag auf rund 4700000 Mark fest. Im Verlauf der Bauausführung ergab sich infolge der Bodenbeschaffenheit und anderer Umstände die Notwendigkeit, verschiedene größere Arbeiten vorzunehmen, die im Kostenanschlag nicht vorgesehen waren. Diese betrafen hauptsächlich die Wasserversorgung der Anstalt und die notwendige Entwässerung des Bodens und bestanden im wesentlichen in dem Ankauf des Wasserwerks der Stadt Rufach, sowie einer systematisch durchgeführten Senkung des Grundwasserstandes. Unter Hinzurechnung der hieraus erwachsenen Kosten wird die gesamte Bausumme rund 5050000 M. betragen. Es ist aber gelungen, unter Innehaltung des Bauprogramms, Platz für 120 Betten mehr zu schaffen, als geplant war, so daß die Anstalt jetzt 760 Kranke aufnehmen kann. Rechnet man eine Summe von 230000 M. hinzu, welche eine demnächstige Erweiterung um noch 100 Plätze erfordern wird, so würde sich ein Gesamtbedarf von 5300000 M. ergeben für 850 Betten. Also die genaueste Innehaltung der Kosten des ursprünglichen Projekts, wobei ein Bedarf von mehreren 100000 M. entfällt auf die soeben erwähnten unvorhergesehenen Arbeiten.

Regierungsbaumeister Graf gab an der Hand von Plänen ein Bild über die Anstalt und über Zweck und Art der einzelnen Häuser.

Die Anstalt zerfällt in mehrere große Gruppen: die Gruppe der Wohn- und Verwaltungsgebäude, die Gruppen der Wirtschaftsgebäude, der Krankenhäuser und des Gutshofes. Zur ersteren Gruppe gehören das Pförtnerhaus, das Direktorwohnhaus, das Doppelwohnhaus für zwei Oberärzte, das Doppelwohnhaus für den Verwalter und Rendanten, das Doppelwohnhaus für zwei Oberpfleger, das Verwaltungsgebäude und das Gesellschaftshaus.

Zur Gruppe der Wirtschaftsgebäude gehören die Kochküche, die Waschküche, das Maschinen- und



Kesselhaus, die Bäckerei, das Remisen- und Werkstättengebäude. Dieser Gruppe sind aus Zweckmäßigkeitsgründen das Schwestern- und Pflegerinnenheim, sowie Doppelhaus für den Betriebsleiter und einen weiteren Beamten angegliedert.

Diese beiden Gruppen sind absichtlich den Krankenhäusern vorgelagert, um den Betrieb innerhalb der Anstalt der Neugier der Passanten auf der Straße zu entziehen.

Die Krankenhäuser verteilen sich auf die Frauen- und auf die Männerseite und sind durch eine neutrale Zone, die sich vom Verwaltungsgebäude über die Kirche bewegt, voneinander getrennt. Dieselben werden unterschieden in drei Arten: in Aufnahme- und Überwachungshäuser, in Pflegehäuser und in Landhäuser. Die eingeschossigen Überwachungshäuser sind namentlich für Neuaufnahmen bestimmt, bilden die eigentliche Heilanstalt und zerfallen wieder in solche für ruhige und unruhige Kranke. Dazu gehört auch das Tuberkulosenhaus und das Lazarett für körperlich Kranke. Diese beiden Bauten sind für beide Geschlechter eingerichtet. Die Frauen bewohnen den nördlichen und die Männer den südlichen Flügel. Beide Flügel sind jeweils durch neutrale Gebäudetrakte voneinander getrennt. An das Lazarett sind besondere Krankenstationen angebaut, die gegebenenfalls als Epidemieabteilungen benutzt werden können.

Die Gruppe der Pflegehäuser beherbergen in der Hauptsache die chronisch Erkrankten und werden unterschieden in Häuser für unzuverlässige Ruhige, für körperlich Sieche und dauernd unruhige Kranke.

Die Landhäuser dienen zum Aufenthalte der genesenden und ruhigen Elemente. Sie liegen an der äußersten Peripherie der Anstalt, da die Insassen meistens zur Arbeit herangezogen werden, die Männer zur Garten- und Feldarbeit und die Frauen zur Arbeit in Koch- und Waschküche. Sie gliedern sich in offene und halboffene Häuser. Einige davon enthalten auch Abteilungen für bemittelte Kranke.

Außerdem befinden sich noch kleinere Krankenabteilungen im Werkstättengebäude, in der Kochküche und auf dem Gutshofe. Der letztere wurde der seinerzeit von dem Bezirke angekauften Sundenmühle angegliedert und besteht aus dem Wohnhause des Gutsverwalters, in dessen Erdgeschoß sich die Krankenstation befindet, dem Großviehstall für Pferde, Esel, Ochsen und Kühe, dem Schweinestall, dem Scheunen- und Remisengebäude, in welchem auch eine Schlächterei eingerichtet ist, und dem Geflügelhaus.

Zuletzt ist noch das Leichenhaus zu erwähnen, das einsam an der nördlichen Ecke des Anstaltsgebietes seiner ernsten Bestimmung harrt.

Die Anstalt besitzt eine zentrale Fernheizung, die im allgemeinen in den Häusern als Niederdruckdampfheizung durchgeführt ist und alle Gebäude mit Wärme versieht mit Ausnahme des Gutshofes und des Leichenhauses. Der Dampf, der auch zum Kochen und Waschen in den Koch- und Waschküchen benutzt wird, wird in einer Kesselanlage von fünf Cornwall-Kesseln zu je 120 Quadratmeter Heizfläche mit einem Druck von zirka 10 Atmosphären erzeugt, der dann je nach Bedarf auf geringere Druckstärken reduziert wird. Der Dampf wird nun in gut isolierten Rohrleitungen, die in begehbaren unterirdischen Heizgängen montiert sind, den Häusern zugeführt.

Der aus den Kesseln gewonnene Dampf wird außerdem noch zum Betriebe zweier Dampfmaschinen verwendet, die in Verbindung mit zwei direkt gekuppelten Dynamos eine elektrische Gleichstromzentrale bilden. Diese im Verein mit einer entsprechend großen Akkumulatorenbatterie versorgt die ganze Anstalt mit Licht und Kraft. Die Zuleitungen zu den einzelnen Häusern geschieht durch eisenarmierte Kabel, die zum größten Teile in den Heizgängen und wo nötig direkt in die Erde verlegt sind.

In innigem Zusammenhange mit diesen beiden erstgenannten Zentralen steht die Zentrale der Warmwasserversorgung. Denn der aus dem Betriebe der Dampfmaschine sich ergebende Abdampf wird zur Bereitung von warmem Wasser wieder verwendet. Die Zentrale dafür besteht aus drei großen Kesseln von je 19 Kubikmeter Inhalt und befindet sich ebenfalls im Kesselhaus. Von da aus zirkuliert sodann das 60 bis 70 Grad heiße Wasser in der ganzen Anstalt in besonderen Rohrleitungen, die ebenfalls in den Heizgängen montiert sind.

Des weiteren nenne ich eine kleine Gasanstalt, die ebenfalls im Maschinenhause aufgestellt ist, und deren Erzeugnis, das sogen. Benoidgas, zum Heizen, Kochen und für Laboratoriumszwecke verwendet wird.

Schließlich ist als weitere maschinelle Einrichtung die Kühl- und Eisbereitungsanlage im Souterrain des Kochküchengebäudes zu erwähnen.

Die Wasserversorgung der Anstalt erfolgt durch ein eigenes Wasserwerk, das der Bezirk der Stadt Rufach abkaufte und von der Bauleitung zur gemeinsamen Versorgung der Anstalt und Stadt entsprechend ausbauen ließ.

Die Ableitung der Fäkalien erfolgt mit wenigen Ausnahmen nach dem System der Schwemmkanalisation. Sämtliche Abwasser, Fäkal-, Spül-, Meteor- und Grundwasser werden in gemeinschaftlichen Rohrleitungen gesammelt und der Kanalisation der Stadt Rufach zugeführt, passieren aber am Endpunkt der Anstaltskanalisation ein Absatzbecken, welches vorklärend wirkt und es ermöglicht, die zurückgehaltenen Stoffe für landwirtschaftliche Zwecke zu verwenden. Die Kanalisation der Stadt Rufach, die auf Anregung des Bezirks von Stadt und Bezirk gemeinsam ausgeführt wurde, mündet in den Lauchfluß, nachdem die Abwasser vorher durch ein großes Niederschlagsbecken geklärt werden.

Eine nach dem System der Zentralmikrophonbatterie erbaute Telephonanlage mit 73 Sprechstellen, ebenso ein elektrisches Uhrensystem erleichtert den Verkehr innerhalb der Anstalt.

Der Anstaltsdirektor Dr. med. Groß erläuterte eingehend den ärztlichen Betrieb der Anstalt und die allgemeinen Grundsätze der Krankenbehandlung in derselben. Auf die Feier folgte ein Rundgang durch die Anstalt und nach diesem ein Festmahl im Theatersaal des Gesellschaftshauses. Während desselben brachte der Kaiserliche Statthalter Exz. Graf von



Wedel das Kaiserhoch aus und beglückwünschte alle diejenigen, welche bei der Errichtung der Anstalt mitgewirkt hatten, zu der wohlgelungenen Vollendung dieses Werkes. — Es folgten noch weitere Ansprachen. Dem Regierungsbaumeister Graf wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

Während die Gäste nach dem Festmahl abreisten, begab sich der Kaiserliche Statthalter Exz. Graf von Wedel in die Wohnung des Anstaltsdirektors Dr. Groß und nahm in dessen Familie den Kaffee ein.

Auch wir wünschen der neuen Anstalt ein glückliches und recht segensreiches Wirken!

— Aus der psychiatrischen Universitäts-Klinik in München. Ein Kranker der Klinik namens v. Banzer ist bald nach dem auf eigenen Wunsch erfolgten Austritt aus der Klinik durch Selbstmord geendet. Das traurige Vorkommnis hat zu eingehenden Erörterungen der Rechtslage des Falles in der bayerischen Presse geführt. Der Bruder des Kranken, Gymnasialprofessor August Banzer in Bamberg, veröffentlichte im „Bamberger Tageblatt" folgendes:

„Zur Berichtigung irrtümlicher Nachrichten will ich vor der weitesten Öffentlichkeit erklären, wer so schweres Leid über uns gebracht Mein Bruder litt seit April an einer starken Gemütsdepression. Da mit dieser Krankheit große Selbstgefährlichkeit verbunden ist, übergaben wir den leidenden Bruder am 8. Mai der Psychiatrischen Klinik zu München mit dem ausgesprochenen Willen, er solle dort verbleiben bis zur erfolgten Heilung; dieser Wille wurde wiederholt kundgegeben, zum letzten Male am 27. Oktober. Trotzdem konnte sich der Vorstand der genannten Klinik, Hofrat Dr. Kraepelin, dazu verstehen, am 13. November, früh 10 Uhr, den seiner Obhut anvertrauten Patienten, zu dessen Heilung wohl noch vier bis sechs Wochen nötig gewesen wären, zu entlassen, ohne mit den Angehörigen vorher darüber zu sprechen oder ihnen auch nur rechtzeitig Mitteilung davon zu machen. So konnte ein unsägliches Unglück über uns kommen. Das Urteil über eine solche Handlungsweise überlasse ich jedem vernünftig Denkenden; wir glaubten es dem toten Bruder schuldig zu sein, dem Staatsanwalt das ausführliche Material zur Verfügung zu stellen."

Die „Münchener Neuesten Nachrichten" vom 20. November 1909 haben auf Erkundigung an zuständiger Stelle folgendes über den Fall erfahren: „Der Vorstand der Psychiatrischen Klinik hat nach den gesetzlichen Bestimmungen gehandelt. Diese geben dem Irrenarzt nur zwei Möglichkeiten: 1. Jemanden gegen seinen Willen in der Irrenanstalt festzuhalten, wenn er polizeilich eingewiesen ist, und das kann nach dem Wortlaut des Artikels 80 des Polizeistrafgesetzbuches und nach den Interpretationen, die das Justizministerium selbst gegeben hat, nur auf Grund der Gemeingefährlichkeit und nicht der Selbstgefährlichkeit geschehen. Ein anderer Weg ist gegeben, wenn der Betreffende entmündigt ist (für die Möglichkeit der Entmündigung müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein, nämlich Geistesschwäche oder Geisteskrankheit). Bei dem Fall Banzer hat aber keines von den beiden Erfordernissen vorgelegen.

Ministerialrat v. Banzer war schwer gemütskrank; seine intellektuellen Fähigkeiten dagegen zeigten keinerlei Störung. Sein Gemütsleiden hatte sich in der Anstalt etwas gebessert, so daß er den Wunsch äußerte, aus der Anstalt entlassen zu werden. Als diesem nicht gleich entsprochen wurde, gab er schriftlich die Erklärung ab, aus der Anstalt entlassen zu werden, andernfalls werde er die Anstalt von selbst verlassen. Dem ausdrücklichen Willen des Patienten mußte unter allen Bedingungen entsprochen werden, da sich sonst der Vorstand der Anstalt der Gefahr ausgesetzt hätte, wegen Freiheitsberaubung bestraft zu werden. Gemeingefährlichkeit des Patienten, auf Grund deren er in der Anstalt hätte zurückbehalten werden können, lag nicht vor. Eine Hinhaltung des Patienten mit Redensarten wäre in diesem Falle vergeblich gewesen, da v. Banzer als hoher Justizbeamter und scharfer Denker über alle rechtlichen Verhältnisse genau orientiert war; er wußte ganz genau, was sein Recht war, und von diesem hat er auch in Form einer schriftlichen Erklärung Gebrauch gemacht. Besonders betont sei, daß die Verwandten des Kranken kein Recht hatten, zu verlangen, daß der Kranke noch in der Anstalt zu verbleiben habe; es stand ihnen, da der Kranke weder gemeingefährlich noch entmündigt war, keinerlei Verfügungsrecht über den Kranken zu. Nach einem Entscheide des Justizministeriums kann nicht einmal dem Ehegatten des Patienten ein Verfügungsrecht über diesen eingeräumt werden. Ausschließlich der Wille des Patienten ist für seine Entlassung maßgebend. Die Verwandten seien rechtzeitig von der beabsichtigten Entlassung verständigt worden, aber zu spät gekommen.

Dem Irrenarzte sind also entgegen der öffentlichen Meinung die Hände in dieser Hinsicht sehr gebunden, und er muß sich genau an die bereits angegebenen gesetzlichen Bestimmungen halten. Von seiten der Irrenärzte wurde schon bei verschiedenen Fällen auf die Mangelhaftigkeit in der Polizeistrafgesetzgebung aufmerksam gemacht, ohne daß hierin eine Änderung eingetreten wäre. Erwähnt sei, daß in Baden bereits durch eine Bestimmung des Polizeistrafgesetzbuches diesen Verhältnissen Rechnung getragen ist; die Bestimmung besagt, daß, wer gemeingefährlich, sich selbst gefährlich, oder für die öffentliche Schicklichkeit oder anstößig gänzlich hilflos ist, von Polizei wegen einer Anstalt überwiesen werden und festgehalten werden kann, so lange bis die Vorbedingungen erfüllt sind. In Baden entscheidet für die Festhaltung nicht ausschließlich der Irrenarzt, sondern der Bezirksrat, dem mehrere Persönlichkeiten angehören."

Die „Münch. Neuesten Nachrichten" vom 22. Nov. 1909 teilen ferner mit: „Zu den erwähnten Vorkommnissen von dem tragischen Tode des Ministerialrates v. Banzer hat die Justizverwaltung bereits Stellung genommen. Der erste Staatsanwalt Ziegler am Landgerichte München I hat der auf gerichtliche Anordnung hin erfolgten Sektion des freiwillig aus dem Leben Geschiedenen beigewohnt; die Vorkommnisse



bei der auf schriftliches Ansuchen des Verstorbenen erfolgten Entlassung aus der Psychiatrischen Klinik bilden Gegenstand behördlicher Erwägungen. (Bei dieser Gelegenheit sei als Berichtigung unserer gestrigen Meldung erwähnt, daß die Verwandten v. Banzers nicht rechtzeitig in der Psychiatrischen Klinik zur Abholung eintreffen konnten, weil sich Ministerialrat v. Banzer nach der durch die Psychiatrische Klinik erfolgten telephonischen Benachrichtigung in großer Eile entfernt hatte.) Alsbald nach seiner Entlassung begab sich Ministerialrat v. Banzer nach Höllriegelsgereuth. Der Frau des Brückenzolleinnehmers fiel ein Herr auf, der in den Nachmittagsstunden ruhelos auf der zwischen Höllriegelsgereuth und Grünwald über die Isar führenden Brücke auf und ab ging. Als die Frau gegen Abend nach Grünwald ging, um Milch zu holen, sah sie diesen Herrn trotz der Abendkühle grübelnd auf einer Bank in der Nähe des Ufers sitzen. Bei der Rückkehr der Frau war der Platz auf der Bank leer. Weiter unterhalb dieser Bank hat in geistiger Verwirrung der hochverdiente Beamte den Tod in den Wellen der Isar gesucht und gefunden."

Mit Rücksicht auf die Erörterungen in der Presse, zu denen der Selbstmord des Ministerialrates v. Banzer Anlaß gegeben hat, dürfte die Nachricht von Interesse sein, daß im bayerischen Ministerium des Innern seit längerer Zeit Vorarbeiten für eine Neugestaltung der Vorschriften über die Verwahrung von Geisteskranken in Irrenanstalten im Gange sind. Am 24. September d. Js. wurde im Ministerium des Innern eine Beratung über diesen Gegenstand abgehalten, an der außer Verwaltungs- und Justizbeamten eine größere Zahl von Irrenärzten und Amtsärzten teilnahm. Auf Grund dieser Beratung wurden neue Entwürfe für die bezeichneten Vorschriften aufgestellt, die zurzeit der Begutachtung des K. Obermedizinalausschusses unterstehen. Bei der Beratung des Obermedizinalausschusses, die voraussichtlich noch in diesem Monate stattfinden wird, wird, wie bereits in der Besprechung vom 24. September, auch die Frage erörtert werden, ob die zwangsweise Verwahrung in Irrenanstalten auf selbstgefährliche Geisteskranke zu erstrecken ist.

Personalnachrichten.

— **Neustadt i. W.-Pr.** Dem San.-Rat Direktor Dr. Rabbas wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

— **Kropp** (Schleswig). Dr. A. Passow ist von Meiningen hierher übersiedelt.

— **Göttingen.** Dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Cramer wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

— **Landsberg a. W.** San.-Rat Direktor Dr. Gock wurde zum Geh. San.-Rat ernannt.

— **Berlin.** Dr. K. Kronthal in Wilmersdorf, Dr. James Fränkel in Lankwitz zu Sanitätsräten ernannt.

— **Kortau.** Oberarzt Dr. Lullies zum Sanitätsrat ernannt.

— **Bonn.** Dr. Cl. Gudden zum Sanitätsrat ernannt.

☛ Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rhein

bei, den wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 38. 11. Dezember **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die Bedeutung der salzlosen Brombehandlung für Anstalt und Praxis. Von Dr. med. Julius Dorner, leitender Arzt der Anstalt für Epileptische und Geisteskranke Maria-Lindenhof bei Dorsten. (S. 333.) — Die Zentrale für Reform des Irrenwesens. (S. 335.) — Mitteilungen (S. 338.): Massenerkrankung in Friedrichsberg zu Hamburg. Ueber einen Rückgang der Häufigkeit der geistigen Erkrankungen. Abwehr unberechtigter Angriffe. Regensburg. Ein Geisteskranker verbrannt. Referate. (S. 339.)

Die Bedeutung der salzlosen Brombehandlung für Anstalt und Praxis.

Von Dr. med. *Julius Dorner*, leitender Arzt der Anstalt für Epileptische und Geisteskranke Maria-Lindenhof bei Dorsten.

Über die Vorteile, die die Behandlung der Nervenkranken und insbesondere der Epileptiker — von denen hier die Rede sein soll — mit salzloser und vegetabilischer Kost erzielt, sind die Akten so ziemlich geschlossen. Die widersprechenden Ansichten, wie sie kurz nach der Einführung dieser Behandlungsmethode von Toulouse und Richet zum Ausdruck kamen, haben sich geklärt. Die weitgehenden Hoffnungen von Balint, Näcke, Schaefer und anderen sind nicht in Erfüllung gegangen, doch auch die Gegner dieser Kur, so besonders Helmstaedt und Koloman Pandy, schossen mit ihrem Urteil weit über das Ziel. Allmählich hat sich die Ansicht durchgerungen, daß die Brombehandlung in Verbindung mit salzloser Kost bei Epileptikern offensichtlich günstigere Einwirkung auf Anfälle und Allgemeinbefinden ausübt wie alle anderen Behandlungsmethoden. (Strauß, Festschrift zum 40jährigen Bestehen der Edelschen Heilanstalt.)

Doch wie weit diese günstigen Wirkungen gehen, wie lange sie anhalten, ob sich diese Behandlung zur allgemeinen Durchführung in Anstalt und Praxis eignet, auf welche Art und Weise sie am besten durchzuführen ist — über alle diese Fragen sind die Meinungen noch sehr geteilt oder liegen überhaupt noch keine definitiven Vorschläge vor. Auch hat man vielfach Gelegenheit, über die ja fast immer günstigen Anfangserfolge zu lesen, ohne daß trotz der verschiedentlich aufgetretenen Warner die schädlichen Nebenwirkungen und Gefahren dieser Kur genügend gewürdigt zu sein scheinen.

Die Erfahrungen in hiesiger Anstalt boten mir gerade in diesen Beziehungen manches Beachtenswertes. Es sei mir deshalb gestattet, meine Beobachtungen an der Hand der einzelnen Fälle zur allgemeinen Kenntnis zu bringen.

Meine Versuche erstrecken sich über vier Jahre auf 64 Kranke. Mit einer einzigen Ausnahme handelt es sich um Fälle von veralteter Epilepsie. Die Dauer der einzelnen Kuren schwankte zwischen sechs Wochen und einem Jahr, gewöhnlich dehnte ich sie auf drei bis sechs Monate aus, das heißt solange, bis die Krankheitserscheinungen wiederkehrten oder sich Störungen einstellten. Die Zahl der Anfälle vor Einleitung der Kur schwankte zwischen den größten Extremen. Einzelne hatten nur einen Anfall in einem oder zwei Monaten, andere hatten an einem Tage sechs bis sieben Anfälle. Zwischen diesen Extremen gab es alle möglichen Übergänge, doch überwogen die Kranken mit häufigen Anfällen; fast alle litten an mehr oder minder vorgeschrittenem Schwachsinn. Mit einer Ausnahme hatten alle vorher jahrelang Brom bekommen und auch andere Kuren durchgemacht.

Von der reinen Milchkost machte ich aus den bekannten Gründen — Widerwillen der Kranken, Magenstörungen — keinen Gebrauch. Bei Kindern gab ich vielfach Brei (Gries, Reis), Ei und Milch, bei Erwachsenen gewöhnlich gemischte Kost, nur ohne Salz, mit und ohne Fleisch. Auch das Brot gab ich ungesalzen, so daß also gar kein Salz künstlich zugesetzt wurde. Der Nutzwert der Nahrung betrug 3000 bis 3600 K.

Der Einfluß der Fleischkost war unverkennbar,



die Wirkung des Broms war bei Fleischentziehung deutlich stärker. Widerwillen gegen die Nahrung konnte ich nur in einem Fall beobachten, sonst wurde die Kost anstandslos genommen, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß es sich vielfach um geistesschwache und blöde Individuen handelte. Die Kost läßt sich immerhin schmackhafter gestalten durch Hinzufügen von Obst oder verschiedenen Gewürzen, wie es Strauß in seiner oben erwähnten Arbeit des Näheren darlegt.

Die Bromdosen richtete ich je nach Bedarf ein, da ja bekanntlich die individuellen Schwankungen bei Verabreichung von salzloser Kost dieselben sind wie bei gewöhnlicher Kost, nur die Höhe der einzelnen Dosen ist geringer. Ich gab zwischen $^1/_2$ und 4 g pro die und griff auch gelegentlich zu 5 oder 6 g, wenn die Anfälle nicht ausblieben oder wiederkehrten.

Von den 64 Fällen blieben 34 = 53,1% nach einer Übergangszeit von ein bis drei Wochen, in der sich die Anfälle allmählich verminderten oder auch plötzlich aufhörten, für einige Zeit anfallfrei; bei 27 = 42,2% waren die Anfälle vermindert, davon bei 13 bedeutend, das heißt bei Kranken, die vorher 15 bis 20 Anfälle im Monat hatten, traten nur noch zwei bis vier im Monat auf. Eine Besserung der Anfälle wurde also in 61 Fällen = 95,3% erzielt. Nur in drei Fällen = 4,7% war keine Änderung zu ersehen.

Toulouse erzielte 81% Besserungen; Balint 100% (80% Ausbleiben, 20% Verminderung der Anfälle); Dingel 89% Besserungen (50% Ausbleiben, 39% Verminderung der Anfälle), 11% blieben ohne Einfluß; Krell berichtet von 57%. Die Angaben der einzelnen Autoren lauten also noch verschieden, ganz abgesehen von denen, die gar keine Erfolge sahen.

Für die Wirkung der Kur ist der Typus der Anfälle nicht ohne Bedeutung. Bei Vergleichung von je 9 Fällen mit 1. gleichmäßig auftretenden, wenigen Anfällen (1 bis 7 im Monat), 2. gleichmäßigen häufigen (täglich und mehr oder fast täglich), 3. mit spontan auftretenden Pausen nach mehr oder weniger häufigen Anfällen ergab sich, daß bei Gruppe 1 nur 2 = 22,2% anfallfrei blieben, bei Gruppe 2 7 = 77,7%, bei Gruppe 3 sogar 8 = 88,8%, demnach reagieren Kranke mit gleichmäßig häufigen Anfällen besser wie solche mit wenigen Anfällen. Auch scheint es, daß Kranke, bei denen an und für sich längere Pausen auftreten, besser zu beeinflussen sind.

Körperlich nahmen 42 = 65,6% zu, und zwar die meisten sechs bis zehn Pfund in drei bis vier Monaten, einer sogar 37 Pfund, ein anderer 25 Pfund, nur einzelne zeigten eine Zunahme von zwei bis drei Pfund. Dieses Körpergewicht blieb lange Zeit bis zu einem Jahr nach der Beendigung der Kur bestehen, auch nachdem die Kranken schon lange wieder in ihren alten Zustand zurückgefallen waren. 7 = 10,9% blieben ohne Gewichtsveränderung, 15 = 23,4% gingen körperlich zurück, meist zwei bis drei Pfund in drei bis vier Monaten, doch kamen auch Gewichtsabnahmen von sieben und zwölf Pfund vor.

Am auffallendsten war bei einigen die Veränderung des geistigen Zustandes, die mir um so bemerkenswerter erscheint, als sie von verschiedenen Autoren, wie Helmstädt, Meyer, Dingel, Strauß, nicht beobachtet beziehungsweise nicht erwähnt wird, und nur einzelne, wie Balint, Schaefer, Ulrich, von einem frischeren Wesen der Kranken sprechen. Angiolella glaubt ja sogar, für die Demenz der Anstaltsepileptiker wenigstens teilweise das Brom verantwortlich machen zu müssen.

Meine Beobachtungen würden für das Gegenteil sprechen. Bei den idiotischen Epileptikern, von Geburt aus Schwachsinnigen, war ja eine geistige Besserung von vornherein ausgeschlossen. Ebensowenig bemerkte ich einen günstigen Einfluß bei Epileptikern mit Geisteskrankheit (Wahnideen, Sinnestäuschungen). Deutlich dagegen war die Wirkung zu sehen bei den Kranken, die durch Epilepsie erst geistig geschwächt waren, am meisten solche mit epileptischer Hemmung. Diese Kranken wachten förmlich auf, vorher stumpf und teilnahmlos, fingen sie an umherzugehen, die Hand zu reichen, spontan zu sprechen, kleideten sich selbständig an und aus, einzelne, die vorher apathisch zu Bett lagen, kamen so weit, daß sie wieder schreiben und lesen konnten und geordnete Antworten gaben; alles dies allerdings nur vorübergehend.

Ein Beispiel für einen solch günstig verlaufenden Fall wäre folgender:

Th. G., 13 Jahre alt, seit sieben Jahren Epilepsie, Bromkuren ohne Erfolg. Anfälle täglich drei bis sieben: Körperlich elend, liegt zu Bett, apathisch, gibt auf Fragen keine Antworten, muß zum Essen genötigt werden. Ruhig, reinlich. 28. März 1905 Beginn einer Kur nach Toulouse und Richet. Am 8. April 1905 (nach zwölf Tagen) hören die Anfälle wie abgeschnitten auf. G. bekommt zuerst 4 g Bromkali, nach vier Wochen 3, nach weiteren vier Wochen 2 g. Im Verlauf der Kur steht G. auf, fängt an zu sprechen, zeigt sich orientiert über Zeit und Ort und im allgemeinen über seine Verhältnisse. Er verlangt Tafel und Griffel, schreibt mit sichtlichem Vergnügen einige Sätze, liest kleine Geschichten. Doch ist seine Aufnahmefähigkeit sowie die Verarbeitung des Er-



faßten sehr verlangsamt. Dieser Zustand hält $5^1/_2$ Monate an, inzwischen steigt das Körpergewicht um 26 Pfund. Dann treten täglich zwei bis drei Schwindelanfälle auf, die im Verlaufe von einigen Monaten in echte Anfälle übergehen, worauf die Kur abgebrochen wird. Nach fünf Monaten sind wieder fast täglich Anfälle vorhanden, Hand in Hand damit geht der geistige Rückgang, das Körpergewicht hält am längsten an. Bald liegt G. wieder zu Bett in ungefähr demselben Zustand wie vor Einleitung der Kur. Durch höhere Bromdosen und nochmalige Einleitung der Kur wird nur wenig Erfolg erzielt.

Zwischen diesem Typus und den Fällen, die gar nicht beeinflußt werden, gibt es alle möglichen Abstufungen und Übergänge. Immer jedoch trat nach längerer oder kürzerer Zeit Rückfall der Erkrankung ein. Von meinen 64 Fällen sind zurzeit noch vier, zur Zeit der Drucklegung nur noch zwei anfallfrei. Diese sind seit fünf Monaten auf salzloser Kost. Die Möglichkeit einer Heilung dieser Fälle ist ja nicht ausgeschlossen, doch liegt die Wahrscheinlichkeit näher, daß sie sich von den übrigen Fällen nicht unterscheiden werden.

Von meinen 64 Fällen zeigten eine mehr oder weniger günstige geistige Änderung 19 = 29,7%. 29 = 45,3% blieben ohne Änderung; unter diesen befanden sich die oben erwähnten Idioten, Imbezillen und Epileptiker mit Geisteskrankheit. 16 = 25% zeigten ungünstige geistige Veränderung.

Im vorstehenden habe ich alle Vorteile dieser Behandlungsmethode erwähnt; diesen Vorteilen stehen jedoch viele Nachteile gegenüber.

Die erhöhte Gefahr der Bromintoxikation will ich nur kurz streifen. Immerhin dürfte es von Interesse sein zu erfahren, daß ich in drei Fällen schon bei 2 g Bromkali schweren Bromismus mit Somnolenz und eitriger Salivation beobachtete, der nach mehrmaligen Versuchen bei Verabreichung von 1 g Bromkali prompt schwand.

Der größte Nachteil der Kur ist jedenfalls der vorübergehende Erfolg. Von verschiedenen Autoren ist ja ganz vereinzelt von lang andauerndem Ausbleiben der Anfälle berichtet (Dingel in 1 Fall 3 Jahre), ich habe bisher keinen einzigen Heilerfolg gesehen.

Aber auch direkte Gefahren für Leib und Leben bringt diese Behandlungsmethode mit sich.

Hudoverning u. a. erwähnen, daß sie nach Abbruch der Kur Häufung der Anfälle und Auftreten des Status epilepticus beobachteten. Ich konnte in fünf meiner Fälle eine Häufung der Anfälle bis zu sechs und sieben pro Tag konstatieren, einmal bei plötzlichem Übergang zur anderen Kost wegen Überführung des Kranken in eine andere Anstalt.

Besondere Vorsicht beanspruchen Kranke mit Neigung zum Status epilepticus. Wenn auch nicht zu leugnen ist, daß bei vielen derartigen Kranken keine Verschlimmerung bei vorsichtiger Übergangskost zu befürchten ist, so mußte ich es doch erleben, daß in einem Fall trotz sorgfältigster Übergangskost Status mit letalem Ausgang auftrat. Der Kranke hatte schon vor Einleitung der salzlosen Behandlung einige Male einen Status epilepticus mit zwanzig und mehr Anfällen pro Tag überstanden. Die Wahrscheinlichkeit lag nahe, daß in einer der nächsten dieser Touren der Tod eintreten könnte. Nach Einleitung der Kur zuerst mehrmonatiges Pausieren der Anfälle, dann allmählich Wiederauftreten derselben. Nach einem Jahre traten vier bis fünf Anfälle zeitweise an einem Tage auf. Vierzehn Tage nach vorsichtigem Übergang zur Salzkost trat Status epileptikus so heftig auf, daß der Kranke darin starb. (Schluß folgt.)

Die Zentrale für Reform des Irrenwesens.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich versprach Ihnen vor einiger Zeit Näheres über die „Zentrale für Reform des Irrenwesens" in Hersbruck in Bayern. Daß ich meinem Versprechen bis jetzt noch nicht nachgekommen bin, lag daran, daß der Leiter dieser Zentrale in letzter Zeit im Begriff war, nach alter guter Sitte eine Broschüre zu schreiben, und ich deren Erscheinen abwarten wollte. Es scheinen aber noch irgendwelche Geburtshindernisse dabei eingetreten zu sein, und so will ich Sie nun nicht länger auf meine Mitteilungen warten lassen.

Begründer und Leiter der oben genannten Zentrale ist der Maschinen-Ingenieur Georg Wetzer in Hersbruck. Derselbe war als Kranker in den Kreisanstalten Ansbach und Erlangen, in der früheren Privatanstalt St. Gilgenberg bei Bayreuth und in der psychiatrischen Klinik Erlangen. Er war auch zeitweise entmündigt. Es hat sich wahrscheinlich um manisch-depressives Irresein gehandelt.



An diesen haben sich andere frühere Anstaltsinsassen ankristallisiert, über deren Persönlichkeiten ich aber nichts Näheres erfahren konnte.

Es wurde dann folgender Aufruf losgelassen:

„Aufruf!

Wohl auf keinem Gebiet des menschlichen Wissens besteht heutzutage eine größere Unklarheit als auf dem Gebiet des Irrenwesens. Während sonst jeder Gebildete über die Verhältnisse am Nordpol, über das Tun und Treiben der Goldgräber von Alaska, über Expeditionen ins Innere Afrikas oder Asiens unterrichtet ist und mitreden kann, muß er schweigen, wenn man auf die Nerven- und Irren-Heilanstalten und das Leben und Treiben darin zu sprechen kommt. Darüber weiß er soviel wie nichts, ausgenommen den Fall, er hat selbst einen Angehörigen in einer derartigen Anstalt. Diese enorme und vollkommene Unkenntnis aller gebildeten Kreise über alles, was mit dem Irrenwesen zusammenhängt, ist sehr bedauerlich im Interesse der Kranken; denn dieselben können füglich verlangen, daß man auch von ihnen mehr wie bisher Notiz nimmt. Man hat wohl die schönen Worte ‚Ärmste der Armen' für sie übrig, mehr aber auch nicht! Und mit diesen Worten allein ist auch hier, wie überall in der Welt, nur wenig gedient. Die Kranken wollen auch Taten sehen! Man möge seine Hand besser für sie auftun, als es leider bisher geschehen, man möge ihnen einen besseren gesetzlichen Schutz, d. h. mehr Recht zuteil werden lassen — dann wäre es ausgeschlossen, daß ein deutscher Irrenanstaltsdirektor den Satz aussprechen könnte: „Ein Geisteskranker hat kein Recht!" wie es tatsächlich geschehen. Für die in Irrenanstalten Untergebrachten muß viel mehr geschehen, als es zurzeit der Fall ist. Es muß eine bessere Verpflegung und ein geschulteres Pflegepersonal in erster Linie angestrebt werden. Wenn man schon genötigt ist, einem Menschen seine persönliche Freiheit zu entziehen, dann soll man ihn wenigstens dadurch etwas entschädigen, daß man ihm eine gute abwechslungsreiche Kost darbietet. Das Pflegepersonal steht zurzeit auch auf einer niedrigen Stufe und entspricht nicht entfernt den Anforderungen, die an es gestellt werden müssen. Von den modernen Irrenpflegern muß eine hohe geistige Ausbildung verlangt werden, wie sie auch der Mehrzahl der Kranken eigen ist. Eigentlich sollte ja das Personal geistig über den Patienten stehen, doch bleibt dieser Wunsch unerfüllbar. Immerhin ist aber gegenwärtig die Lücke, wie sie zwischen dem Geistesvermögen des Pflegepersonals und der überwiegenden Mehrzahl der Patienten besteht, eine zu große — ganz zu schweigen von der Ausbildung in der Krankenpflege selbst, die auch nicht vollkommen genannt werden kann, da die Irrenpfleger ihre Stellung in einer Anstalt nur als vorübergehend, nicht als dauernd betrachten, und durchschnittlich wohl nicht länger als zwei bis drei Jahre im Dienst bleiben. Unter all diesen Umständen haben die Kranken zu leiden. Es stehen ihnen keine Mittel und Wege zu Gebote, ihren Klagen und Beschwerden Ausdruck zu verleihen, resp. dieselben persönlich an geeigneter Stelle zu vertreten; bei der heutigen Geringschätzung dieser Art von Kranken hält man es nicht einmal der Mühe wert, sie anzuhören. Und das ist ein schweres Unrecht, das sich bitter rächen kann. Denn kein Mensch, vom Bettler angefangen bis hinauf zum König, ist davor sicher, nicht selbst einmal von einer Seelenstörung, einem Irresein befallen zu werden. Wie froh wäre er da, ein Asyl zu wissen, wohin er sich vertrauensvoll wenden kann in der Hoffnung, bald sich zu erholen und bald zu gesunden. Aber die Irrenanstalten flößen ihm mehr Furcht und Entsetzen als Vertrauen ein. Was hat er nicht schon alles darüber gehört! Und er wartet und zögert, in solch eine Anstalt zu gehen, bis seine Krankheit größer wird und schließlich ein Ende mit Schrecken nimmt! Da ist es nun der Zweck dieser Zeilen, eine Aufforderung zu erlassen zu einem Zusammenschluß, um eine „Liga zur Wahrung der Interessen sogen. Geisteskranker" zu gründen. Diese Liga soll Aufklärung verbreiten über das Irrenwesen, über das Tun und Treiben der Patienten in den Anstalten, sie soll Rechtsauskünfte für die Angehörigen von Patienten geben, sie soll schließlich aber auch direkt ihre Mitglieder schützen, wenn sie das Unglück haben sollten, wider ihren Willen in eine Irrenanstalt verbracht und darin festgehalten zu werden.

Die Aufgabe der neuen Liga ist offensichtlich eine sehr vielseitige und erfordert viel Aufwand an Zeit und Geld. Die Kosten der Propaganda für Druck und Schreibgebühren etc. müssen in Form von Jahresbeiträgen erhoben und um tätige Mithilfe der Mitglieder gebeten werden. Wer sich also für eine derartige Liga interessiert, möge sich an unten angegebene Adresse wenden, woselbst jede gewünschte Auskunft bereitwilligst erteilt wird und Beitrittserklärungen entgegengenommen werden.

Hersbruck b. Nürnberg, im August 1907.
Pragerstraße 196.

Georg Wetzer,
Maschinen-Ingenieur."





Herr Wetzer scheint aber hiermit keinen Erfolg gehabt zu haben, denn er klagte jüngst über die Teilnahmslosigkeit des Publikums.

Der Aufruf scheint nach berühmtem Muster in der „Kreuzzeitung" erschienen zu sein, denn ein mir vorliegender, an die Zentrale gerichteter Brief eines früheren Anstaltsinsassen fängt an: „Geehrte Herren! Heute las ich im Hammer von Ihrem Aufruf in der Kreuzzeitung" . . .

Im Jahre 1908 reichte Wetzer dann folgende Petition an den Reichstag ein:

„Auf Grund vielseitiger, während eines vierjährigen Aufenthaltes in Irrenanstalten, psychiatrischen Kliniken und Nervenheilanstalten gemachter Erfahrungen erlaubt sich der ergebenst Unterfertigte einem hohen Deutschen Reichstage folgende

Petition

zu unterbreiten.

Die geehrten Mitglieder des hohen Deutschen Reichstages möchten den Psychisch-Kranken, d. i. den Geistes- und Nervenkranken, mehr wie bisher ihr Interesse und Teilnahme zuwenden und Bestimmungen festsetzen, die auf erhöhten Schutz dieser Kranken sowohl in körperlicher als rechtlicher Beziehung abzielen! Eine solche Forderung liegt im allgemeinen Interesse und kommt jedem zugute, denn kein Mensch besitzt Garantie dafür, daß er in nächster Zeit nicht schon selbst anstaltsbedürftig wird! Die Mißhandlungen in den Irrenanstalten finden nur in den allerseltensten Fällen gesetzliche Sühne, und was den Schutz der persönlichen Freiheit der Geisteskranken oder der dafür Erklärten betrifft, so kann man ruhig sagen, daß er in praxi so gut wie nicht vorhanden ist! Wer heutzutage in eine Irrenanstalt als „geisteskrank" eingeliefert wird, kann sich selbst nicht mehr helfen, auch wenn er intellektuell dazu imstande wäre. Erkennt er die Suprematie und Kompetenz der Psychiater nicht freiwillig an, so werden von letzteren so viele „Krankheiten" und „Krankheits-Symptome" an ihm festgestellt, daß aktenmäßig kein Zweifel an seiner Unzurechnungsfähigkeit und damit an der Zuständigkeit des Psychiaters besteht. — Zum „Schutze" des Geisteskranken hat man die Einrichtung der Vormundschaft. Diese Einrichtung empfindet der Entmündigte nicht als eine Wohltat, sondern als eine Fessel. Wie nachlässig manche Vormünder ihre Pflicht ausüben, wie sie ihr Amt als lästige Bürde empfinden, weiß jeder Gebildete und im praktischen Leben Stehende. Schon bei den Vormundschaften über uneheliche Kinder hat man diese traurige Erfahrung gemacht, bei den Vormundschaften über Erwachsene, in Anstalten Befindliche tritt sie noch krasser hervor! Der Vormund muß also durch einen Krankenanwalt ersetzt werden, gerade wie man in juristischen Angelegenheiten einen Rechtsanwalt zum Beistand sich wählt. Der Krankenanwalt soll den Vermittler machen zwischen seinen internierten Klienten und der Außenwelt. Außerdem errichte man Volksnervenheilanstalten,

1. um die Irrenanstalten zu entlasten, in welche ihrer ganzen Natur nach keine Nervenkranken gehören, und

2. der Humanität wegen! Nervenkranke zusammen mit Geisteskranken, Epileptischen, aus Strafanstalten transferierten Kranken (sogen. Gemeingefährlichen) in einem Hause unterzubringen, ist für die ersteren eine ungeheure Qual und Schädigung ihrer Gesundheit. Die Besitzenden geraten freilich nie in solche „gemischte Gesellschaft", sondern sie suchen die Privatnervenheilanstalten auf, aber die große Masse des Volkes kann die Kosten für Privatanstalten nicht erschwingen.

Die Volksnervenheilanstalten sind daher ein dringendes Bedürfnis; die Versicherung gegen Nervenkrankheit würde überhaupt eine würdige Ergänzung der Alters- und Invaliditätsversicherung bilden!

Die in den Irrenanstalten für die niederste Klasse verabreichte Kost dürfte ohne Schaden für die Kranken um 50% verbessert werden; ebenso könnte das Pflegepersonal eine höhere Gesamtbildung und bessere Ausbildung in der Kranken-Irren-Pflege sehr nötig brauchen! Heutzutage kann einer, der gestern noch hinter dem Pflug herging und Mist fuhr, heute schon „Irrenpfleger" sein. Dieses Übel der ganz unzureichenden Ausbildung wird durch den beständigen Wechsel des Personals noch vergrößert! — Nun komme ich zur letzten, aber nicht minder wichtigen Bitte an den hohen Reichstag.

Er möge dahin wirken, daß jedem ärztlichen Irrenanstaltsdirektor ein juristisch Gebildeter an die Seite gestellt werde! Solche kolossalen Machtbefugnisse, wie sie einem Irrenanstaltsdirektor zustehen, in die Hand eines Mannes zu legen, ist unverzeihlich! Nicht jeder Direktor einer deutschen Irrenanstalt ist ein Philanthrop! Sehr viele wählten diesen Beruf nur, um ein sorgenfreies Auskommen zu haben, nicht aus innerem Drange. Ein vergrämter, kränklicher, neurasthenischer Direktor kann seinen Patienten die Hölle auf Erden bereiten! Daher ist es gut, wenn noch eine Person vorhanden ist, die mitbestimmend wirkt und mit gleichen Rechten und Pflichten ausgestattet ist. Neben Verwaltungsgeschäften würde der juristische Direktor hauptsächlich den Verkehr mit den Behörden: Amtsgerichten (in Entmündigungs-



angelegenheiten), Bezirksämtern, Stadtmagistraten und Polizeibehörden zu erledigen haben, und seinen ärztlichen Kollegen bliebe dann mehr Zeit, sich seinen Patienten zu widmen und individuell vorzugehen, was ihm bislang nicht möglich war; trotzdem trägt er für alles die Verantwortung! Rechtsbeugungen sowie Vorenthaltung von Rechtsmitteln gegenüber den Patienten möchten durch Schaffung eines zweiten, juristischen Direktors seltener werden.

Petent hegt zu dem hohen Deutschen Reichstag das Vertrauen, daß derselbe die Wichtigkeit der Irrenpflege klar erkennt und für eine zeitgemäße Reform des Irrenwesens Sorge trägt; auf einen hohen Deutschen Reichstag werden in dieser Beziehung um so mehr Hoffnungen gesetzt, als die Bundesstaaten-Parlamente sich — wie z. B. das bayrische — teilweise für „nicht zuständig" erklären.

Die Herren Reichstagsabgeordneten können auf großen Dank und Anerkennung ihrer Wähler rechnen, wenn sie ohne Unterschied der Partei der Irrenfrage und ihrer Reform mehr wie bisher ihr Augenmerk und ihr Interesse schenken! Um letzteres möchte der ergebenst Unterfertigte in seinem eigenen Namen und in dem aller in den Irrenanstalten Befindlichen höflichst gebeten haben.

Hersbruck b. Nürnberg, Pragerstraße 196.

Georg Wetzer,
Maschinen-Ingenieur."

Am 28. April 1909 fand dann in der Petitionskommission die Beratung dieser Eingabe statt. „Es war hierzu auch die Anwesenheit von Regierungskommissaren angeordnet worden, ein Zeichen, daß man der Petition einige Wichtigkeit beimaß", so schreibt das Hersbruck-Laufer Wochenblatt. Referent sei Geh. Medizinalrat Dr. med. Hoeffel, Korreferent Fürst Löwenstein gewesen. Beschluß, die Petition dem Reichskanzler als Material zu überweisen. Im Plenum wurde am 13. Juli 1909 dieser Antrag der Kommission angenommen.

Wetzer betrachtet es zum Teil als sein Verdienst, daß „neuerdings wiederum Verhandlungen zwischen der Reichsregierung und den Bundesstaaten über die reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens aufgenommen" seien.

Die „Zentrale für Reform des Irrenwesens" existiert zurzeit nicht mehr, sie hat sich verschmolzen mit dem neugegründeten „Bund für Irrenrechtsreform und Irrenfürsorge" in Heidelberg, dessen Leiter ein Adolf Glöcklen ist, der Verfasser der „Zustände an der Universitätsklinik in Heidelberg".

Das von Wetzer über seine Zentrale gezogene Resumé lautet: „Ich brachte schwere Opfer für die Sache. Nur die Teilnahme beim Publikum war zu gering — gleich Null —, so daß ich froh war, die Geschäfte an den Heidelberger Bund abgeben zu können."

Seine Mißerfolge hat Wetzer dem Umstande zuzuschreiben, daß er zu wenig organisatorisches Talent besaß und gewissermaßen noch zu anständig war. Der neue Bund geht mit mehr Skrupellosigkeit an die Sache heran.

Mit kollegialer Hochachtung
Ihr ergebener
Dr. Beyer, Oberarzt an Dr. Würzburgers Kuranstalten.

Bayreuth, 24. November 1909.

Mitteilungen.

— Am 30. November d. J. wurde morgens in der ärztlichen Konferenz gemeldet, daß am 29. November gegen Abend und in der Nacht in den 785 Patienten zählenden Pflegeabteilungen der Irrenanstalt **Friedrichsberg** zu Hamburg **zahlreiche Durchfälle** und bei zwei weiblichen Kranken Kollapszustände aufgetreten seien. Im ganzen waren 243 Personen betroffen. Es handelt sich um Patienten der vierten Verpflegungsklasse, während das Pflegepersonal nicht betroffen war. Das dem Ausbruch der Erkrankung vorausgehende Mittagessen bestand für die vierte Klasse aus Linsensuppe, Ochsenfleisch und Reis mit Bananen gekocht, das Pflegepersonal bekam Linsensuppe, Wurst mit Sauce und Kartoffeln. Es ergab sich, daß in einem der Pflegehäuser einzelne Pflegepersonen sowie Patienten dritter Klasse sich auch von der beliebten Speise Reis mit Bananen hatten geben lassen, und mit einer Ausnahme ebenfalls von Diarrhöe befallen worden waren. Der Verdacht lenkt sich also auf dieses Gericht. Auffallend war nur, daß lediglich die Insassen der Männerpflegestation und Frauenpflegestation betroffen waren, nicht aber die der Männerheilstation und Frauenheilstation. Da die Speise in dem großen Kessel derart zubereitet war, daß zuerst der Reis gekocht wurde und dann etwa ½ Stunde vor der Verteilung in die Transportgefäße die Bananen in Stücken zugesetzt und dann zur richtigen Vermischung der ganze Kochkesselinhalt gründlich umgerührt worden war, hätte bei mangelhafter Beschaffenheit des Reises oder der Bananen die Erkrankung in sämtlichen Stationen auftreten müssen. Es ließ sich feststellen, daß von den 23 der Reihe nach benutzten Transportgefäßen der Inhalt des 1. bis 5.

keine üblen Folgen gehabt hat, ebensowenig der Inhalt des 14., 15. und 19. bis 23., während die Patienten, die von dem Inhalt des 6. bis 13. und 16. bis 18. genossen hatten, zum größten Teil erkrankten. Nur hinsichtlich des 19. und des 20. Gefäßes ist zu bemerken, daß von den durch sie gespeisten Patienten je ein Patient einen Tag später eine leichte Diarrhöe bekam. In der Küche beschäftigt waren keine Patienten.

Die beiden kollabierten Patientinnen starben am Nachmittag des 30. November; es handelt sich um 2 alte Fälle von Dementia praecox, die eine war vorher schon körperlich hinfällig, die andere hatte vorher vielfach Meteorismus. Daß sie etwa von Besuchern an dem vorhergehenden Tage, Sonntag, 28. November, unbekömmliche Speisen oder überhaupt irgend etwas zum Essen bekommen hätten, ließ sich nicht feststellen. Die Sektion zeigte außerordentlich stark aufgetriebenen Darm mit brüchiger Wandung und einem dünnbreiigen, dunklen Kot. Proben von Bananenreis, Stuhlgang und die Därme mit Inhalt wurden zur spezielleren Untersuchung dem hygienischen bezw. chemischen Staatslaboratorium übermittelt. Die Direktion hat die Angelegenheit der Staatsanwaltschaft angezeigt, die sofort Untersuchung einleitete. Die anderen Patienten hatten sich bis zum nächsten Tage sämtlich wieder vollständig erholt. Nur bei einem sonst kräftigen Patienten und bei einer Wärterin dauerte es drei bis vier Tage.

Bedauerlicherweise hat die Presse außerordentlich entstellte und übertriebene Berichte gebracht, wodurch die Angehörigen der Kranken in Aufregung versetzt worden sind.

Bisher läßt sich lediglich die Vermutung aufstellen, es sei während der Füllung aus dem Kochkessel in die Transportgefäße, und zwar zwischen der Füllung des 5. und 6. Gefäßes, eine krankmachende Substanz in die Speise gelangt, die aber nur den Inhalt der nächstfolgenden 13 Gefäße verändert hat, während die letzten 5 Gefäße nichts davon abbekommen hätten.

Das Ergebnis der weiteren Untersuchung bleibt abzuwarten. Der bakteriologisehe Befund war negativ.

Weygandt.

— Über einen **Rückgang der Häufigkeit der geistigen Erkrankungen** *) wird berichtet in dem Report of the Inspector-General of the Insane in Victoria für 1908. Die Zahl der erstmaligen Aufnahmen in die Staats-Irrenanstalten, also der frischen Erkrankungen, war 1902: 691, 1903: 681, 1904: 664, 1905: 630, 1906: 687, 1907: 641, 1908: 652. Diese Verminderung hat stattgefunden trotz gleichzeitiger beträchtlicher Zunahme der Bevölkerung, und obgleich infolge der neuen Gesetzgebung in den letzten drei Jahren viel mehr Erkrankungen zur Kenntnis der Behörden kamen als früher. In Victoria kommt ein Geisteskranker auf 248,8 Gesunde.

— **Abwehr unberechtigter Angriffe.** Das schwachsinnige epileptische Mädchen E. R. befand sich seit einigen Monaten in der Provinzial-Anstalt für Epileptische zu P., als ihre Mutter den Antrag auf ihre Entlassung stellte, weil sie dort unter Mißhandlungen zu leiden hätte. Noch in weiteren zwei Briefen, von denen sie einen an ihre Tochter geschrieben, einen zwar ohne Adresse, aber offensichtlich an den Anstaltsdirektor gerichtet, in ein für ihr Kind bestimmtes Paket gelegt hatte, schmähte sie in der gemeinsten Weise über die Behandlung. Ihre Tochter verkomme hier in Läusen; eine solche Schwerkranke noch arbeiten zu schicken, das nenne sie einfach nur eine Schinderei; den kranken Kopf mit Holzpantoffeln zu bearbeiten sei wohl das neueste Stärkungsmittel für kranke Nerven u. a. m. Alles völlig aus der Luft gegriffen! Durch Belehrung war nicht auf die Mutter einzuwirken, da sie sich der Gelegenheit dazu entzog. Seitens der vorgesetzten Behörde wurde daher Strafantrag gegen sie gestellt. Über die Verhandlung kann leider nicht näher berichtet werden, nur das Resultat, daß die R. wegen Beleidigung zu zwei Wochen Gefängnis verurteilt wurde.

*) cf. Jahrgang X dieser Zeitschrift, p. 262.

— **Regensburg.** Der oberpfälzische Landrat beschloß am 17. November gelegentlich der Beratungen und Beschlußfassung über die Heil- und Pflegeanstalt Regensburg: es möge die Staatsregierung ersucht werden, eine Anstalt für geisteskranke Verbrecher in der als Zuchthaus aufgelassenen Feste Plassenburg zu errichten.

— **Ein Geisteskranker verbrannt.** Im Sanatorium Fichtenhof in Schlachtensee fand kürzlich ein Geisteskranker durch Verbrennung seinen Tod. Auf bisher noch nicht aufgeklärte Weise gelangte der Irre in den Besitz von Streichhölzern und zündete die Möbel seines Zimmers an. Von dem Brande wurde man erst in der Anstalt etwas gewahr, als das Krankenzimmer ganz verqualmt und der Kranke bereits tot war. (Berliner Tageblatt, 11. Nov. 1909.)

Referate.

— Stern-Wien, Dr. Richard, Differentialdiagnose und Verlauf des Morbus Basedowii und seine unvollkommenen Formen. Verlag von F. Deuticke, Leipzig und Wien, 1909.

Verfasser bringt nach Bearbeitung seines allerdings nicht sehr großen Materials eine neue Einteilung der Krankheitsfälle, indem er einmal (wie bisher) eine „klassische Form“ und die „formes frustes“ unterscheidet, dann aber jede dieser beiden Formen wieder in zwei Gruppen zerlegt, und zwar in der klassischen Form in den 1. echten oder reinen M. B. und 2. den degenerativen M. B., d. h. eine Komplikation mit hereditär-neuropathischer Veranlagung, und in den „formes frustes“ in 1. das „Kropfherz“ (nach Kraus-Minnich) und 2. das Basedowoid. Mit letzterem Namen belegt er eine Krankheitsform, die der klassischen Form sehr ähnelt und eine Verquickung des Kropfherzens mit einer degenerativen neuropathischen Anlage darstellt. Einen Übergang der einen Form in die andere leugnet der

Verfasser. Die einzelnen Gruppen verdienen nach Ansicht des Verfassers in prognostischer Hinsicht eine ganz verschiedene Bewertung. In bezug auf Dauer, Beginn und Ausgang des Leidens ist am günstigsten der reine, echte M. B., weniger günstig der degenerative M. B., und am ungünstigsten das Basedowoid. Dagegen ist die Mortalität bei dem letzteren am geringsten. Kindler-Großschweidnitz.

— Bennecke, Dementia praecox in der Armee. Herausgegeben von der Medizinal-Abteilung des Kgl. Sächs. Kriegsministeriums. Dresden. 72 S.

Verf. behandelt eingehend vierzig Fälle von Dem. praec. (meist Hebephrenien), mit lehrreichen Epikrisen. 25 mal bestand erbliche Belastung, mehr als die Hälfte waren geistig schwach oder mittelmäßig veranlagt. Relativ groß war die Zahl unter den mehrjährig Freiwilligen, und bei ihnen war moralische Schwäche oft vorhanden. Die Infektionskrankheiten waren oft Ursache. Doch kann auch der Dienst bei Disposition schaden oder schon Kranke verschlimmern. Die Hälfte aller Kranken war schon vor der Dienstzeit erkrankt, manchmal bis zur Zeit der Pubertät. Die Vorschläge des Verf. sind gut, seine fleißige Arbeit auch dem Zivilpsychiater gewiß dienlich. Näcke.

— Onodi, Prof. Dr. A., Die Stirnhöhle. Wien und Leipzig, 1909. 83 Seiten, 107 Abbildungen nach photographischen Aufnahmen in natürlicher Größe. Preis 6,80 M.

Verf. übergibt die Resultate mühevoller Untersuchungen der Öffentlichkeit, Beiträge zur topographischen Anatomie und zur Lehre von den Erkrankungen der Stirnhöhle, die wohl vor allem für Anatomen, Chirurgen und Ophthalmologen von großem Werte sein müssen, aber auch, wenigstens soweit die Komplikationen der Stirnhöhlenerkrankungen und die Beziehungen der Stirnhöhle zum Gehirn behandelt werden, für den Neurologen von großem Interesse sind. — Für die Entstehung der intrakraniellen und zerebralen Komplikationen hat eine besondere Wichtigkeit die Größe und die Ausdehnung der hinteren resp. zerebralen Stirnhöhlenwand, da sich an ihre Erkrankung meist die Entzündung des entsprechenden Gebietes der Dura anschließt. Der Infektionsweg in der Kontinuität der Gewebe, von der Stirnhöhlenschleimhaut durch die Gefäßbahnen, Knochen und die Dura, kann sich auch auf den Subduralraum, auf die Blutleiter und auf das Gehirn erstrecken. Auf mehreren schönen Tafeln zeigt uns Verf. die radiographische Ausdehnung der Stirnhöhlen, projiziert auf die konvexe Oberfläche der Stirnlappen, um die topographische Lage der Stirnhöhle zu den Stirnwindungen zu beleuchten. Eine besonders instruktive Tafel zeigt die Lage und Entfernung des Stirnlappens, des seitlichen Ventrikels, der Gehirnganglien, der Capsula interna, der Pyramidenbündel von den Nebenhöhlen; sie gewährt auch insbesondere einen trefflichen Überblick über jenes Gebiet, in dem durch die Stirnhöhle die Eröffnung der Schädelhöhle und die explorative Gehirnpunktion sowie die entsprechenden Eingriffe ausgeführt werden. Berze.

— Freimark, Hans, Tolstoj als Charakter. (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, 46. Heft.) Wiesbaden, 1909.

Warum diese Studie des Charakters Tolstojs auf Grund seiner Schriften in den „Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens" erschienen ist? Will sie etwa eine Art Pathographie sein? Fast scheint es so, wenn der Verf. auch jeder psychiatrischen Terminologie aus dem Wege geht. — Tolstoj haßt die Gefühle der Kulturmenschen, weil ihm das rechte Verständnis für die verwickelteren Prozesse abgeht, die sich in deren Gehirn vollziehen. Jede Freude verbittert ihm sein Grüblersinn. Nach jeder kleinen Debauche zerfließt er in Reue. Sein Mittel, sich von Seelenlasten zu befreien, die Beichte, wird zur Pose, indem er seine Selbstanklagen in die Welt hinausschreit. In der Bloßstellung von Gefühlen, wie er sie übt, stößt eine gewisse Maßlosigkeit ab. Er ist ein nüchterner Egoist durch und durch. Er verachtet die Kultur ohne Rücksicht darauf, daß ihm für sie und für die von ihr geschaffenen Werte das volle Verständnis abgeht. Er hat keinen Sinn für Geschichte. Es geht ihm jede Gründlichkeit ab; er liest beispielsweise die Bibel nur so weit, bis er das gefunden zu haben glaubt, was er gesucht hat, — was er nicht fand, legte er dabei hinein. Er schaltet jedes Streben nach einer innerlichen Erkenntnis und Erfassung irgendwelcher Lehren aus. Er redet oft an etwas herum, was durchaus selbstverständlich ist. Er heuchelt Selbstverleugnung, empfiehlt, daß man sich seines Besitzes entäußere, befolgt diese Lehre selbst, indem er seinen Besitz — auf seine Gattin überträgt. Er ist durchaus inkonsequent, schließt immer wieder Kompromisse zwischen seinen die ganze bestehende Ordnung verneinenden Lehren und eben dieser Ordnung. Voreingenommenheit gegen die Ansichten anderer, eigensinniges Negieren alles Bestehenden, einseitig beschränktes Denken, selbstische Überhebung, ein Sichblindstellen gegen Tatsachen, Intoleranz, Streitsüchtigkeit, weltfremde Schwärmerei sind weitere Charakterzüge des Alten von Jasnaja-Poljana. Seine Bedeutung wurde lange weit überschätzt — eine literarische Massenpsychose —; sie besteht nur darin, daß er „auf die Überspannung unserer Kultur hinwies und so in etwas dazu beitrug, daß wir unser Augenmerk wieder auf eine größere Verinnerlichung unseres Lebens richteten und eine solche anstrebten". Berze.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 39. 18. Dezember 1909/10.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die Bedeutung der salzlosen Brombehandlung für Anstalt und Praxis. Von Dr. med. Julius Dorner, leitender Arzt der Anstalt für Epileptische und Geisteskranke Maria-Lindenhof bei Dorsten. (S. 341.) — Amtliche Nachweisung derjenigen Personen, welche in den Jahren 1906, 1907 und 1908 infolge Anordnung des Gerichts zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand in öffentliche oder Privatanstalten zur Beobachtung aufgenommen worden sind. (S. 343.) — Katamnestische Erhebungen über begutachtete Untersuchungsgefangene. Von Dr. A. Schott, Oberarzt der Kgl. Heilanstalt Weinsberg. (S. 345.) — Mitteilungen (S. 347): Zum Fall v. Banzer.

Die Bedeutung der salzlosen Brombehandlung für Anstalt und Praxis.

Von Dr. med. *Julius Dorner*, leitender Arzt der Anstalt für Epileptische und Geisteskranke Maria-Lindenhof bei Dorsten.

(Schluß.)

In einem anderen Fall handelt es sich um einen Kranken mit täglich auftretenden Anfällen. Während der Salzentziehung schwanden die Anfälle zwar; doch zwang mich der körperliche Rückgang zum Abbrechen der Kur nach Übergangskost. 22 Tage nachher Status epilepticus mit tödlichem Ausgang.

Bei einzelnen Kranken — allerdings nur vier von meinen Fällen — zeigte sich ein auffallender körperlicher Rückgang. Zwar geringe Gewichtsabnahme, doch Hinfälligkeit und Blutarmut. Daneben nur geringe Besserung der Anfälle. Durch Bromverminderung oder -vermehrung war keine Besserung zu erzielen. Erst der Übergang zur Salzkost brachte bei dreien völlige Erholung.

Besonders auffallend war diese Erscheinung bei zwei Kranken in vorgeschrittenem Alter (59 und 75 Jahre). Bei beiden trat hier neben allgemeiner Hinfälligkeit große Herzschwäche ein. Trotz Digitalis, Digalen, Strophant trat bei dem einen nach einigen Wochen der Tod ein, der andere erholte sich erst nach mehrmonatiger Pflege.

Ebenso unangenehm empfand ich das Auftreten von Erregungszuständen bei dieser Behandlungsmethode, und zwar zeigte sich diese Erregung in allen Stufen, von der leichten Reizbarkeit bis zum ausgeprägten Tobsuchtsanfall. Vorher ganz ruhige Kranke verloren zwar die Anfälle, nahmen auch körperlich — wenigstens im Anfang — zu, aber an Stelle der Anfälle trat die Erregung. Mit der Dauer der Kur nahm diese zu, bei einzelnen trat sie erst nach mehrmonatiger Dauer der Kur ein. Bei den heftigen Erregungszuständen hatte niedere oder höhere Bromdosis gar keinen Einfluß. Erst das Abbrechen der Kur oder das Auftreten eines Anfalls brachte wieder völlige Ruhe. Zustände von einfacher Reizbarkeit oder Verstimmung konnten durch Verminderung der Bromdosis manchmal zum Schwinden gebracht werden, aber dann traten auch bald wieder Anfälle auf. Kranke, die auch sonst zeitweise erregt waren, neigten nicht mehr zu diesen Delirien wie sonst ruhige Kranke. Diese Reizbarkeit zeigten drei von 64, Erregung zehn, sieben mußte ich deshalb von der Kur absetzen.

Die Giftwirkung des Broms wird bei den eben geschilderten Zuständen sicher als Ursache nicht ohne weiteres ausgeschaltet werden können, obwohl ja auch kleinste Dosen von 1 g keine Änderung brachten. Bei den Erschöpfungszuständen kommt sicher das Kalisalz als Herzgift mitwirkend in Betracht; doch spricht gerade bei diesen Zuständen der ganze Verlauf zum mindesten dafür, daß die Durchführung der Kur eine gewisse Widerstandsfähigkeit des Körpers beansprucht. Auch kann ich mich der Ansicht nicht verschließen, daß die Entfernung des Kochsalzes aus dem Körper an und für sich hierbei eine Rolle spielt, wie ja auch Laudenheimer, Koloman Pandy betonen. Daß bei Nierenkranken durch Entziehung des Kochsalzes bisher noch kein Schaden beobachtet wurde, daß einzelne Völkerschaften ohne künstlichen Salzzusatz zu leben gewohnt sind, das alles kann nicht ohne weiteres als beweisend für die Unschädlichkeit der Kochsalzentziehung bei allen Individuen

gelten. Die Erfahrung lehrt, daß ein Organismus bei plötzlichem Ausfall eines langgewohnten Reizes ungünstig reagieren kann. Das berechtigt jedenfalls zu der Annahme, daß ein Körper, der gewohnt ist, das ganze Leben mit dem Reiz des Kochsalzes zu arbeiten, den Ausfall dieses Reizes durch Störung in seinen Funktionen beantwortet. Auch ist die Wirkung des Kochsalzes im Körper, besonders bei Epileptikern, ja noch lange nicht geklärt. Helmstädt und Fleury wollen durch Kochsalzgaben Anfälle unterdrückt haben. Neuerdings will Ulrich-Zürich gerade durch Kochsalzgaben Anfälle zum Ausbruch gebracht haben, auch tritt Wiß-Zürich auf Grund seiner Untersuchungen dafür ein, daß Kochsalzentziehung den Ausbruch der Anfälle verhindere, eine Ansicht, die auch früher schon Vertreter fand.

Zustände von Gereiztheit bei dieser Kur sind schon vielfach beobachtet, Tamburini spricht von „tiefer, konfuser Geistesverwirrung", Halmi und Bagarus direkt von Intoxikationsdelirien, womit die von mir geschilderten Erregungszustände wohl identisch sind. Ich halte diese Erregungszustände für Äquivalente der Anfälle; das ganze Bild entspricht genau den bei Epileptikern sonst beobachteten Erregungszuständen, durch Verminderung der Bromgabe sind diese Zustände nicht zu beeinflussen, der Ausbruch eines Anfalles dagegen oder Abbrechen der Kur bringt sofort die Ruhe. An Stelle der unterdrückten Anfälle tritt die Erregung.

Gegenüber diesen Schädlichkeiten treten die günstigen Erfolge noch weiter zurück, wenn wir die oben angegebenen Prozentzahlen untereinander in Vergleich ziehen. Zwar konnte ich in 95,3% Besserung der Anfälle, in 65,6% Zunahme des Körpergewichts und in 29,6% einen geistigen Fortschritt konstatieren. Jedoch sind es nur 14 = 21,8% Kranke, die diese drei Arten der Besserung, nämlich neben zeitweisem Sistieren beziehungsweise einer Verminderung der Anfälle geistigen und körperlichen Fortschritt zeigten. Von den 61 bezüglich der Anfälle günstig Beeinflußten wiesen 25 körperlichen oder geistigen Rückgang, oder beides vereint auf, 22 blieben körperlich oder geistig, beziehungsweise körperlich und geistig gleich.

Eine allseitige Besserung wurde also nur in 21,8% erzielt, und wenn wir noch die letzte Gruppe hinzunehmen, in 56,2%.

Es geht jedenfalls aus den obigen Ausführungen ohne weiteres hervor, daß die Bromkur mit salzloser Kost keine ganz gleichgültige Behandlungsmethode ist. Wie bei Epilepsie überhaupt, so ist doch ganz besonders hier sorgfältige Rücksichtnahme auf individuelle Eigentümlichkeiten geboten.

Die Kur ist vor allem nicht für Sprechstundenbehandlung geeignet. Kranken, die alle acht oder vierzehn Tage oder noch seltener zum Arzt kommen, ist diese Kur nicht anzuraten. Der Arzt muß Gelegenheit haben, den Kranken im Anfang am besten täglich zu sehen. Auch halte ich es nicht für zweckmäßig, in Anstalten einfach ganze Säle auf salzlose Kost bei einer gleichmäßigen Bromdosis zu halten. Die Übersichtlichkeit, die individuelle Behandlung muß darunter leiden. Mehr wie Gruppen von zehn Kranken auf einmal kann ein Arzt dabei nicht leicht übersehen, da es nicht genügt, nur das Schwinden der Anfälle zu beobachten. Neben den sehr zu empfehlenden Stoffwechsel- und Blutuntersuchungen müssen Puls und Reflexe genau kontrolliert werden, eventuelle Störungen sind im Entstehen zu bekämpfen.

Alte Leute werden am besten dieser Kur nicht unterzogen. Dasselbe gilt für Kranke mit Neigung zum Status epilepticus. Da die Unterbrechung der Kur die größte Gefahr in sich schließt, so muß ein unendlich sorgfältiger Übergang — Zusatz von 2 g Kochsalz pro Woche — geschaffen werden. 4 g Bromkali pro Tag könnten als Maximaldosis betrachtet werden.

Mit der nötigen Vorsicht durchgeführt, kann diese Kur jedoch immerhin viel Gutes wirken, ja ein Heilerfolg ist nicht ausgeschlossen. Das rechtfertigt den Wunsch nach einer allgemeinen Durchführung oder vielmehr Durchprobierung dieser Behandlungsmethode in Anstalten. Gruppen von etwa zehn Kranken müßten, am besten im Wachsaal, der salzlosen Behandlung unterzogen werden. Nach einer Probezeit von vier Wochen könnten die im Sinne der obigen Ausführungen günstig reagierenden Kranken mit ausprobierter Bromdosis auf eigene Aufenthaltsäle gebracht werden, in denen nur salzlose Kost verabreicht wird. Alle übrigen sowie die Rückfälligen kehren wieder zur alten Behandlungsweise zurück. Bleibt ein Kranker ein Jahr anfallfrei, kommt Entlassung in Frage.

Die Überfüllung unserer Anstalten, die verhältnismäßig doch geringe Aussicht auf einen Dauererfolg bilden die Schwierigkeiten, die der Absicht der Durchführung entgegenstehen.

Ein unbestreitbarer Nutzen der salzlosen Behandlungsmethode ist die langandauernde körperliche Zunahme neben der weniger häufigen geistigen Besserung. Die Kranken erholen sich während der Anfallspause zusehends. Und um diesen Zweck zu

erreichen, kann die Kur in jeder Anstalt und trotz aller Einwände durchgeführt werden. Es wird ja niemandem einfallen, die Digitalis zu schmähen, weil sie den Herzfehler nur vorübergehend korrigiert, dem Gichtkranken von seiner Badekur abzuraten, weil sie ihm keine Dauerheilung bringt. Und in gleichem Sinne kann man die salzlose Brombehandlung trotz ihrer vorübergehenden Wirkung auch bei Epileptikern befürworten. Alle Kranken, die durch Epilepsie körperlich und geistig zurückgehen oder ohne erkennbare Ursache häufigere Anfälle bekommen wie früher, werden für einige Monate auf salzlose Kost gesetzt. In den meisten Fällen geht mit dem Schwinden der Anfälle langandauernder körperlicher und geistiger Fortschritt Hand in Hand. Treten die Anfälle wieder häufiger auf, tritt die Salzkost wieder in ihr Recht.

Man hat die Genugtuung, Kranke, die unrettbar dem Marasmus verfallen waren, für einige Zeit dem Leben zurückgegeben zu haben.

Deshalb betrachte ich die salzlose Brombehandlung in erster Linie als ein nicht zu unterschätzendes Unterstützungsmittel in der Pflege der Epileptiker.

Literatur.

1. Alt, Zur Behandlung der Epilepsie. Münch. Med. Wochenschrift Nr. 13 und 14. 1894.
2. Näcke, Die Epilepsiebehandlung nach Toulouse und Richet. Neurol. Zentralb. Nr. 14. 1900.
3. Balint, Über die diätetische Behandlung der Epilepsie. Berl. Klin. Wochenschrift Nr. 23. 1901.
4. Helmstädt, Die Behandlung der Epilepsie nach Toulouse und Richet. Psychiatr. Wochenschrift Nr. 3. 1901.
5. Koloman Pandy, Die Erfolge der Epilepsiebehandlung nach Toulouse und Richet. Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift Nr. 37. 1902.
6. Meyer, Zur diätetischen Brombehandlung der Epilepsie. Berl. Klin. Wochenschrift Nr. 46. 1903.
7. Dingel, Beitrag zur salzlosen Epilepsiebehandlung. „Die ärztliche Praxis" 15. Januar 1905.
8. Strauß, Die Methodik der salzarmen Ernährung bei Bromkuren (insbesondere bei Epilepsie). Festschrift zum 40jähr. Bestehen der Edelschen Heilanstalt.
9. Ulrich, Über die Behandlung der Epileptischen mit salzarmer Kost. Jahresbericht der Schweiz Anstalt für Epileptische in Zürich 1908 bis 1909.

Amtliche Nachweisung

derjenigen Personen, welche in den Jahren 1906, 1907 und 1908 infolge Anordnung des Gerichts zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand a) auf Grund des § 81 StrPO. in öffentliche und b) gemäß § 656 ZPO. in öffentliche oder Privatanstalten zur Beobachtung aufgenommen worden sind.*)

a) Gemäß § 81 StrPO. sind in öffentliche Anstalten für Geisteskranke aufgenommen:

Provinz	Anzahl der beteiligten Anstalten	Erwachsene		Jugendliche (unter 18 Jahren)		Zusammen (Spalten 3—6)	Hiervon (Spalte 7) wurde		
							eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 StGB. z. Zt der Tat		eine bestimmte Aeußerung nicht abgegeben bei
		männliche Personen	weibliche Personen	männliche Personen	weibliche Personen		als vorliegend oder ihr Ausschluß als begründeten Zweifeln unterworfen erachtet bei	nicht angenommen bei	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Ostpreußen	2	47	9	—	—	56	32	22	2
Westpreußen	3	29	10	2	—	41	23	18	—
Berlin (Klinik der Kgl. Charité)	1	118	26	2	2	148	59	85	4
Brandenburg Anst. d. Stadt Berlin	4	109	1	2	—	112	79	28	5
Brandenburg (Provinzialanstalten)	4	63	11	1	—	75	47	22	6
Pommern	4	61	8	3	2	74	37	34	3
Posen	4	55	12	3	—	70	34	36	—
Schlesien	11	177	36	11	3	227	148	71	8
Sachsen	5	110	13	2	1	126	66	59	1
Schleswig-Holstein	3	84	4	2	1	91	54	37	—
Hannover	4	95	10	1	—	106	62	42	2
Westfalen	5	108	11	3	2	124	75	44	5
Hessen-Nassau	4	116	14	4	—	134	73	54	7
Rheinprovinz	9	308	26	8	1	343	207	127	9
Hohenzollern'sche Lande	—	—	—	—	—	—	—	—	—
zusammen	63	1480	191	44	12	1727	996	679	52

*) Vom preußischen Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten der Redaktion zur Veröffentlichung überlassen, wofür auch an dieser Stelle bestens gedankt sei.



b) gemäß § 656 ZPO. sind in öffentliche und Privatanstalten aufgenommen: *)

Provinz	Anzahl der beteiligten Anstalten	Erwachsene		Jugendliche (unter 18 Jahren)		Zusammen (Spalten 3—6)	Hiervon (Spalte 7) wurden erachtet als nicht vermögend, ihre Angelegenheiten zu besorgen infolge v.				wurde eine bestimmte Äusserung nicht abgegeb. bei
		männliche Personen	weibliche Personen	männliche Personen	weibliche Personen		Geisteskrankheit gemäß § 6, 1 BGB	Geistesschwäche gemäß § 6, 1 BGB	Zusammen (Spalten 8 u. 9)	als vermögend ihre Angelegenheiten zu besorgen	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
Ostpreußen	2	7	2	—	—	9	7	1	8	1	—
Westpreußen	2	1	1	—	—	2	1	—	1	1	—
Berlin (Klinik d. Kgl. Charité)	1	1	—	—	—	1	—	1	1	—	—
Brandenburg (Anstalten der Stadt Berlin)	1	1	—	—	—	1	1	—	1	—	—
Brandenburg (Prov.-Anstalten)	3	5	—	—	—	5	2	1	3	1	1
Pommern	2	2	—	—	—	2	1	1	2	—	—
Posen	1	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Schlesien	6 (2)	8 (2)	2	—	—	10 (2)	3	2	5	5 (2)	—
Sachsen	6 (2)	7 (2)	3	—	—	10 (2)	7	1	8	2 (2)	—
Schleswig-Holstein	2	2	3	1	—	6	4	1	5	1	—
Hannover	2	4	1	—	—	5	2	1	3	2	—
Westfalen	3	3	1	—	—	4	2	2	4	—	—
Hessen-Nassau	1	6	1	—	—	7	2	3	5	2	—
Rheinprovinz	7 (1)	6 (2)	3	—	—	9 (2)	1	5 (2)	6 (2)	2	1
Hohenzollern'sche Lande	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
zusammen	39 (5)	54 (6)	17	1	—	72 (6)	33	19 (2)	52 (2)	18 (4)	2

*) Die Zahlen über die hiervon in Privatanstalten aufgenommenen Personen sind eingeklammert.

Bemerkungen zu vorstehender Nachweisung.

Von Dr. *Bresler*.

Es sticht hervor, daß in der Königlichen Charité zu Berlin die Zahl der nicht geisteskrank Befundenen diejenigen der als geisteskrank Begutachteten so erheblich überwiegt (85 : 59). In dem Biennium 1904 und 1905 war das Verhältnis ähnlich (63 : 41). Man nimmt vielleicht in Berlin den § 81 eher in Anspruch. Darauf weist auch die relativ hohe Zahl der Beobachtungsfälle in Berlin, welches mit 260 (Charité 148, Anstalten der Stadt Berlin 112) die Provinz Schlesien übertrifft, die mit 227 an dritter Stelle steht.

Auch in der Provinz Posen, aber wohl nicht aus gleichen Gründen, ist die Zahl der als nicht geisteskrank begutachteten Fälle höher, und zwar um 2 (36:34). Im Triennium 1901 bis 1903 waren es hier sogar 10 mehr (22: 12), in Westpreußen 3 mehr (12:9). Im Biennium 1904 und 1905 Posen 10:10.

Bezüglich der Jugendlichen steht Berlin (Charité und Irrenanstalten der Stadt Berlin) an dritter Stelle. Schlesien steht hier obenan; es hat soviel Fälle wie Ostpreußen, Westpreußen, Berlin, Brandenburg und Pommern zusammen und $^1/_4$ der Gesamtzahl in Preußen. Die Zahl der jugendlichen Beobachtungsfälle in Schlesien dürfte dem Verhältnis der Zahl jugendlicher Delinquenten zu derjenigen der Erwachsenen am ehesten entsprechen.

In den östlichen Provinzen (Ostpreußen, Westpreußen, Brandenburg mit Berlin, Pommern, Posen, Schlesien) ist die Zahl der beobachteten erwachsenen weiblichen Personen beträchtlich höher als in den westlichen, dort $^1/_7$, hier $^1/_{11,5}$ der Gesamtzahl der Erwachsenen. Dies Verhalten zeigt sich in einer der beiden früheren Nachweisungen ähnlich.

Die weiblichen Beobachteten unter 18 Jahren betragen zirka $^1/_5$ der jugendlichen Beobachteten, die weiblichen erwachsenen Beobachteten dagegen zirka $^1/_8$ der erwachsenen Beobachteten. Erstere Ziffer ist in den früheren Nachweisungen $^1/_4$ bezw. $^1/_8$.

Westpreußens Gesamtzahl der Beobachteten beträgt noch nicht die Hälfte der Gesamtzahl der Provinz Schleswig-Holstein, welches eine geringere Bevölkerungsziffer hat als Westpreußen.

Die Zahl der gemäß § 656 ZPO. Aufgenommenen ist etwas zurückgegangen. 1901 bis 1903: 86; 1904 bis 1905: 88; 1906 bis 1908: 72. Der Grund liegt wohl darin, daß mit der Pflegschaft (§ 1910 BGB.) häufig der Zweck der umständlichen Entmündigung erreicht wird.

Der Vorwurf, welcher den psychiatrischen Sachverständigen oft gemacht wird, daß sie dazu neigen,



der Geistesstörung verdächtige Angeklagte zu leicht als geisteskrank zu begutachten, wird durch die nachfolgende Zusammenstellung, die ich gefertigt habe, widerlegt. Man ersieht aus ihr, daß die Zahl der zur Beobachtung in Irrenanstalten überwiesenen Angeschuldigten in den drei Jahren 1906 bis 1908 auffallend größer ist als in den Jahren 1901 bis 1903. Die Gerichte sind also in letzter Zeit viel eher geneigt, einen Angeschuldigten beobachten zu lassen. Hingegen tritt in dem erheblichen Rückgange des Prozentsatzes der als geisteskrank begutachteten Angeschuldigten, nämlich von 70% auf 57,6%, deutlich zutage, daß die Sachverständigentätigkeit eine gründliche Auslese vornimmt und daß diese Auslese in den letzten Jahren zusehends zur Einschränkung der Geisteskrankerklärung neigt. Wäre das Prozentverhältnis im Triennium 1906 bis 1908 gleich dem im Triennium 1901 bis 1903, so würden in ersterem 1209, also 213 Angeschuldigte mehr als geisteskrank begutachtet worden sein. Im übrigen ist die erhebliche (absolute) Zunahme der Überweisungen in die Irrenanstalten gemäß § 81 StPO. ein erfreulicher Beweis dafür, daß die Rechtsprechung dem Geisteszustand des Angeschuldigten immer mehr Beachtung schenkt.

Zusammenstellung über die in den Jahren 1901 bis 1908 gemäß § 81 StPO. in öffentliche Anstalten für Geisteskranke aufgenommenen Personen:

Zeitraum	Gesamtzahl	Hiervon wurde eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 StrGB. z. Z. d. Tat: als vorliegend oder ihr Ausschluß als begründeten Zweifeln unterworfen erachtet bei	Hiervon wurde eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 StrGB. z. Z. d. Tat: nicht angenommen bei	eine bestimmte Äußerung nicht angegeben bei
1906 + 1907 + 1908	1727 p. Jahr 575	996, p. Jahr 332 = 57,6%	679 = 39,3%	52 = 3%
1904 + 1905 (Psych.-Neurolog. Wochenschrift, VIII, pag. 248)	915 p. Jahr 457	585, p. Jahr 292 = 63,9%	301 = 32,9%	24 = 3,2%
1901 + 1902 + 1903 (Psych.-Neurolog. Wochenschrift, VI, pag. 256)	1085 p. Jahr 361	als vorhanden bei 760, p. Jahr 253 = 70%	als nicht vorhanden oder unbestimmt bei*) 325 = 29,9%	

*) Die ministerielle Nachweisung pro 1901—1903 führte nur diese zwei Rubriken.

Katamnestische Erhebungen über begutachtete Untersuchungsgefangene.

Von Dr. *A. Schott*, Oberarzt der Kgl. Heilanstalt Weinsberg.

(Nach einem Vortrag auf der südwestdeutschen Irrenärzte-Versammlung 5. bis 6. Nov. 1909 zu Heilbronn und Weinsberg.)

Die Zahl der nach § 81 der Strafprozeßordnung in die K. Heilanstalt Weinsberg aufgenommenen Individuen betrug 32, worunter sich drei weibliche befanden. In zehn Fällen (31%) — 9 männl. und 1 weibl. — wurde von seiten des begutachtenden Anstaltsarztes anerkannt, daß die Voraussetzungen des § 51 des deutschen Strafgesetzbuches zutreffen. Dieser Auffassung schloß sich das Gericht in allen zehn Fällen an, während in den übrigen 22 entweder — in 16 Fällen = 50% der Begutachteten — der Begutachtete verurteilt wurde oder — in zwei Fällen — eine weitere Begutachtung von seiten des Gerichtes angeordnet wurde. In den letzteren zwei Fällen ergab sich eine anderweitige irrenärztliche Beurteilung dahingehend, daß dem Angeschuldigten entgegen unserer Auffassung die Wohltat des § 51 zuzubilligen sei, und das Verfahren ist dann auch eingestellt worden.

In einem Fall (Brandstiftung) erfolgte Freisprechung der Angeschuldigten wegen mangelnden Beweises; in einem anderen Verfahren (Urkundenfälschung) wurde sie dann verurteilt.

Vier der begutachteten Männer befinden sich derzeit noch in der K. Heilanstalt Weinsberg.

In drei Fällen ist das Verfahren noch nicht zum endgültigen Abschluß gelangt.

Von den zur Begutachtung gelangten 29 Männern waren nur zwei nicht vorbestraft, 16 dagegen ziemlich schwer. Von den drei Frauen war keine vorbestraft.

Was die Art der strafbaren Handlungen betrifft, wegen deren die nach § 81 Aufgenommenen in Untersuchung standen, so ergibt sich, daß von den Männern in zwölf Fällen Sittlichkeitsvergehen, in zwölf Betrug, Diebstahl und Unterschlagung, in vier Fällen Mord, Totschlag und Körperverletzung und in einem Beleidigung verübt wurden. Von den drei Frauen hat eine Totschlag, eine Brandstiftung und eine Betrügereien sich zuschulden kommen lassen.

Die drei weiblichen Begutachteten waren sämt-

lich verheiratet und 27 bis 33 Jahre alt. Von den Männern waren zehn verheiratet und 19 ledig; der jüngste war 17 und der älteste 62 Jahre alt.

Unehelich geboren waren acht Männer (27% der Männer). Erbliche Belastung ließ sich bei 21 Männern (72%) und bei zwei Frauen, also bei 23 Individuen = 71% der Gesamtzahl nachweisen. In vier männlichen Fällen starb eines der Eltern durch Selbstmord; in neun Fällen spielte bei den Erzeugern der Alkohol eine verhängnisvolle Rolle, und bei zehn zeigten sich auch sonst in der Familie verbrecherische Neigungen.

Bei Begehung der strafbaren Handlung wirkte der Mißbrauch geistiger Getränke mit in elf Fällen von Vergehen gegen die Sittlichkeit, in vier Fällen von Körperverletzung und Totschlag und in vier Fällen von Betrügereien, also im ganzen bei 19 Fällen = 59%. Bei den weiblichen Individuen kam einmal der bestehenden Schwangerschaft und einmal menstruellen Schwankungen des seelischen Gleichgewichts eine gewisse Bedeutung zu.

Was den Anlaß zur Einweisung der 32 Fälle in die Irrenanstalt nach § 81 StPO. gab, so läßt sich darüber folgendes sagen: In sämtlichen drei weiblichen Fällen fiel in der Untersuchungshaft ein ängstliches, gedrücktes und schreckhaftes Wesen auf. Bei den Männern kamen sechs Fälle in die Anstalt, weil sie schon früher mehrfach irrenärztlich begutachtet worden waren. In zwanzig Fällen traten nervöse und geistige Krankheitserscheinungen auf, welche sich sechsmal zu dem Bilde einer eigentlichen in der Haft entstandenen Geistesstörung verdichteten. Von sechs Männern wurden Selbstmordgedanken geäußert, von drei derselben Versuche gemacht. Heftigere Erregungszustände mit Gewalttätigkeit und Zerstörungssucht traten fünfmal in Erscheinung.

In weitaus der Mehrzahl der Fälle gingen die geistigen Krankheitsäußerungen, welche in der Haft zutage getreten waren, nach der Aufnahme in die Anstalt rasch zurück.

Der Antrag auf Einweisung nach § 81 ging in 31 Fällen vom Gerichtsarzt aus; in einem Fall wurde vom Gericht ohne Antrag des Gerichtsarztes die Einweisung beschlossen.

Die Ansicht des Gerichtsarztes deckte sich mit der nachträglichen irrenärztlichen Begutachtung in fünf Fällen. In 25 Fällen setzte der Gerichtsarzt Zweifel in die Zurechnungsfähigkeit des Angeschuldigten. Die Anstaltsbegutachtung erklärte 13 von diesen 25 Fällen für in beschränktem Maße zurechnungsfähig, vier für zurechnungsfähig und acht für unzurechnungsfähig. In einem Fall sprach sich der Gerichtsarzt für die Unzurechnungsfähigkeit des betreffenden Individuums aus, während die Anstaltsbeobachtung nur eine Verminderung der Zurechnungsfähigkeit ergab.

In einem Fall begutachtete der Gerichtsarzt den Angeklagten als vermindert zurechnungsfähig, während in der Anstalt das Zutreffen der Voraussetzungen des § 51 angenommen wurde.

Was die klinische Einordnung der gebotenen Bilder betrifft, so ist eine einfache, klare Geisteskrankheit nur eigentlich in zwei Fällen zur Feststellung gelangt, und zwar wurde bei einem Manne „Jugendirresein", bei dem zweiten „Altersirresein" festgestellt.

Alle anderen Fälle gehörten dem großen Gebiete der Entartung an, wobei das Hervortreten psychogener (hysterischer) Erscheinungen sich besonders häufig dem Begutachter darbot, und zwar in sämtlichen drei weiblichen Fällen und bei vierzehn Männern, also in 53% der Begutachteten. Ein ausgesprochenes hysterisches Irresein wurde bei einer Frau und einem Mann angenommen und diesen auch der § 51 zugebilligt.

Eine hysterische Veranlagung wurde in drei Fällen als vorhanden erachtet und bei der Strafzumessung zur Berücksichtigung empfohlen, bezw. beim Strafvollzug der Würdigung anheimgestellt.

In einem Fall (Mann) wurde Epilepsie mit Dämmerzuständen als erwiesen angesehen, das Verfahren eingestellt und der Betreffende als gemeingefährlich in der Anstalt zurückbehalten, wo er sich jetzt noch befindet.

Epileptische Züge konnten in 19 Fällen der Männer aufgedeckt werden.

Der Verdacht auf Epilepsie bestand in sechs Fällen, ohne daß es gelungen wäre, einen Beweis für diese Annahme in eindeutiger, unwiderleglicher Weise zu erbringen. In zwei dieser Fälle gelang die Feststellung eines krankhaften Rauschzustandes zur Zeit der Tat, woraus sich die Anwendung des § 51 ergab, welche auch von dem Gerichte anerkannt wurde.

In einem der hierher gehörigen Fälle neigte dann der Strafanstaltsarzt auf Grund seiner mehrmonatigen Beobachtung mehr zur Annahme einer Hysterie hin.

In sämtlichen begutachteten Fällen wurde ein gewisser Schwachsinn mehr weniger hohen Grades als vorhanden angenommen.

Einen solch hochgradigen Schwachsinn, daß die Voraussetzungen des § 51 zutreffen, erkannte der Begutachter in drei Fällen an, in denen das Verfahren dann auch eingestellt wurde. Zwei dieser Individuen befinden sich noch in der Anstalt.



Wie schon betont, konnte in allen Fällen eine psychopathische Degeneration von wechselndem Umfang und verschiedenen Grades als erwiesen gelten, deren Ausfluß wir eben in der Neigung zur Verübung strafbarer Handlungen erkennen und welche zum Wesen des Verbrechers gehört.

Die Grundauffassung der in hiesiger Anstalt geübten irrenärztlichen Beurteilung strafrechtlicher Fälle bewegt sich in der Richtung, den § 51 streng zu handhaben und, wenn irgend möglich, ein „non liquet" zu vermeiden. Wir sind der Ansicht, daß es gleichermaßen im Interesse des irrenärztlichen Standes wie in dem des allgemeinen Rechtsgefühls liegt: erstens zu einer bestimmten Entscheidung zu kommen und zweitens der Überzeugung Ausdruck zu verleihen, daß solchen minderwertigen Individuen der Strafvollzug im allgemeinen recht zuträglich ist. Es ist ja eine bekannte Tatsache, daß eine längere d. h. über mehrere Jahre sich erstreckende Zurückhaltung der hier in Betracht kommenden Persönlichkeiten in der Irrenanstalt vielfach erhebliche Schwierigkeiten und Unzuträglichkeiten, nicht selten auch irrenärztliche Pflichtenkollisionen mit sich bringt. Diese unsere strengere Handhabung des § 51 birgt zwei Gefahren in sich: 1. daß es einmal vorkommen könnte, daß der Verurteilte nun doch im Strafvollzug sich als geisteskrank herausstellt oder während desselben in Geisteskrankheit verfällt,

2. daß der als zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung zurechnungsfähig Begutachtete sich als strafvollzugsunfähig erweist.

Unsere Erhebungen haben nicht ergeben, daß einer unserer zum Strafvollzug gelangten Fälle sofort als geisteskrank in der Strafanstalt erkannt bezw. aufgefaßt worden wäre, wohl aber haben sich während des Strafvollzugs bei zwei Männern Anfälle von Geistesstörung eingestellt, von denen der eine zu kurzer, der andere zu noch bestehender geistiger Erkrankung geführt hat.

Diese Erfahrung führt uns unwillkürlich zu dem Begriffe der Strafvollzugsfähigkeit.

Leppmann hat in der ärztl. Sachverständigenzeitung Nr. 19, 1905 folgende Definition gegeben:

1. Strafvollzugsunfähig ist derjenige, welcher infolge von krankhafter Störung der Geistestätigkeit kein Verständnis für seine Strafe und deren Vollstreckung hat.

2. Strafvollzugsunfähig ist derjenige, welcher infolge von krankhafter Störung der Geistestätigkeit die Ordnung der Strafanstalt dauernd und erheblich stört.

Bei der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Köln a. Rh. und Bonn am 23. und 24. April 1909 hat R. V. Müller-Köln ebenfalls dieses Thema behandelt. Er schlägt folgende Definition der Strafvollzugsfähigkeit vor:

Strafvollzugsfähig ist, wer ohne erheblichen Schaden an Körper und Geist imstande ist, den Aufenthalt in einer Strafanstalt zu ertragen, und dessen Verstand nicht so weit gestört ist, daß er die Notwendigkeit staatlicher Reaktion gegen kriminelle Handlungen nicht mehr begreifen kann.

Es ließe sich für und wider beide Definitionen manches sagen, allein es ist jetzt nicht angängig, näher auf Begriff und Wesen der Strafvollzugsfähigkeit einzugehen. Es genügt zu betonen, daß der Strafvollzugsfähigkeit mehr als bisher das irrenärztliche Interesse zugewendet werden sollte, und der Hoffnung Ausdruck zu geben, daß von seiten der Strafanstalts- und Irrenärzte in gemeinsamer Arbeit diese Frage erschöpfend geklärt werde.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Zum Fall v. Banzer** schreibt Dr. Beyer, Oberarzt am Sanatorium Herzogshöhe in Bayreuth, im „Fränkischen Kurier" vom 6. Dezember 1909, Abendausgabe, mit Bezug auf die auch in dieser Wochenschrift, pag. 330, abgedruckte, als von „zuständiger Stelle" stammend von den „Münchener Neuesten Nachrichten" bezeichnete aufklärende Äußerung dieser Zeitung:

„Dies ist, so wie es hier gesagt wird, unbedingt nicht richtig, denn die größte Mehrzahl der Anstaltsinsassen wird gegen ihren Willen zurückgehalten, obgleich sie weder polizeilich eingewiesen noch entmündigt sind. Die obigen Ausführungen treffen nur zu, wenn es sich darum handelt, einen Kranken, der freiwillig in die Anstalt eingetreten ist, eventuell gegen seinen Willen in der Anstalt zurückzuhalten. Im Falle Banzer scheint es sich tatsächlich um das letztere gehandelt zu haben; doch ist es aus obigen Ausführungen für die Allgemeinheit nicht ersichtlich.

Zur Irreführung des Publikums trägt es bei, wenn die „Münch. N. Nachr." vom 22. November d. Js. ausführen, daß es nur drei Aufnahmearten in Anstalten gäbe: 1. wenn jemand freiwillig eingetreten ist — 2. wenn jemand entmündigt ist — 3. wenn jemand polizeilich eingewiesen ist. Hier ist nämlich die gewöhnlichste Art der Aufnahme einfach vergessen

worden, nämlich die auf Antrag der nächsten Angehörigen erfolgende.

Hierzu ist bei Privatanstalten eine Feststellung des gestörten Geisteszustandes der aufzunehmenden Person, verfaßt von einem amtlichen deutschen Arzt, nötig, die aber bei dringenden Fällen auch erst nach der Aufnahme erfolgen kann. Von Entmündigung oder Gemeingefährlichkeit ist dabei gar keine Rede, wenn die nächsten Angehörigen ihre Einwilligung zur Aufnahme geben.

Die Entlassung eines so aufgenommenen Kranken muß erfolgen: 1. wenn er genesen ist oder nicht als geisteskrank befunden wurde — 2. wenn die nächsten Angehörigen die Entlassung beantragen. Das Verlangen der Kranken selber nach Entlassung kommt in solchen Fällen überhaupt nicht in Frage.

Wenn es ferner heißt, daß Ministerialrat v. Banzer nur „gemütsleidend" und nicht „geisteskrank" war, so sind das Wortklaubereien. Ein Melancholiker ist unter allen Umständen geisteskrank, ob es sich nun um eine leichte oder um eine schwere Form bei ihm handelt. Bei der Aufnahme eines selbstmordgefährlichen Melancholikers muß sich der Arzt eben überlegen, daß hier eine freiwillige Aufnahme nicht am Platze ist, und muß eine solche nur auf Antrag der Angehörigen eintreten lassen. War nun vielleicht im Anfang eine Selbstmordgefahr nicht vorhanden, verschlimmerte sich dann aber die Krankheit und verlangt der Kranke um seine Entlassung, so versagt allerdings unsere Irrengesetzgebung. Dasselbe ist der Fall, wenn die Angehörigen den Kranken gegen den ausdrücklichen Rat und trotz bestehender Selbstmordgefahr nach Hause nehmen wollen. Der Kranke darf nämlich in beiden Fällen nur dann in der Anstalt zurückgehalten werden, wenn „Gemeingefährlichkeit" vorliegt. In einem solchen Fall würde ein Kranker gegen den Willen der Angehörigen polizeilich eingewiesen werden können.

Was unter Gemeingefährlichkeit zu verstehen ist, darüber gehen die Anschauungen auseinander. Die Verwaltungsbehörden begreifen hierin vielfach auch die Selbstgefährlichkeit. Wie die Münchener Behörden (die im Falle Banzer maßgebend gewesen wären) urteilen, weiß ich nicht; jedenfalls ist auch die Auffassung berechtigt, daß bei Gemeingefährlichkeit immer eine Gefahr für die Allgemeinheit vorliegen muß. Hier wäre also jedenfalls noch eine Lücke. Denn unter diesen Umständen müßte, trotz hochgradiger Selbstmordgefahr auf Verlangen der Angehörigen (die ja verschiedenartige Motive haben können) ein Kranker einfach entlassen werden.

Wenn nun ein so entlassener Kranker sich in der Tat zu Hause das Leben nimmt, so geschieht wiederum von seiten der Behörden in den meisten Fällen gar nichts, trotzdem tatsächlich, wenn die Angehörigen alle Warnungen des Arztes in den Wind geschlagen haben, mindestens fahrlässige Tötung vorliegt — es ist sogar der Fall denkbar, daß trotz Selbstmord einmal der Tatbestand einer vorsätzlichen und überlegten Tötung vorliegt —; es wird nicht einmal bei der betreffenden Anstalt angefragt, unter welchen Umständen die Entlassung zustande gekommen ist.

Ganz typisch ist auch der folgende Fall: Eine selbstgefährliche Patientin wird trotz dringenden Abratens der Ärzte aus einer Anstalt fortgenommen und kommt (wohl auf Drängen der Angehörigen) in die Behandlung einer Kurpfuscherin in Nürnberg. In deren Haus erhängte sie sich dann, da diese die Krankheit nicht erkannte und es an der nötigen Bewachung fehlen ließ. Der Kurpfuscherin geschieht natürlich nichts. Im Gegenteil! Sie besitzt noch die Frechheit, Schadenersatz für Reinigung der Wohnung und ruinierte Gegenstände zu verlangen. Die Fahrlässigkeit liegt in solchen Fällen natürlich darin, daß jemand, der seiner ganzen Vorbildung nach die Krankheit nicht erkennen kann, die Behandlung derselben übernimmt.

Den Ärzten muß allerdings bei der Entlassung solcher Kranker ein gewisser Spielraum gelassen werden; wenn man es ihnen zur Pflicht macht, selbstmordgefährliche Kranke unter Umständen auch gegen den Willen der Angehörigen zurückzuhalten, so würde das zur Folge haben, daß sie, um nicht ihre eigene Haut zu Markt zu tragen, übervorsichtig werden; nur das Recht dazu muß ihnen eingeräumt werden.

Bei der Neuregelung der Irrengesetzgebung wird vielleicht von gewisser Seite wieder das alte Thema von der „unrechtmäßigen Internierung" gesunder Menschen in Irrenanstalten angeschnitten und eine dahingehende Kontrolle der Anstaltsärzte durch Laien verlangt werden. Daraufhin möchte ich an dieser Stelle doch erwähnen, daß ich eine große Anzahl der von den Gegnern der Irrenärzte namhaft gemachten Fälle an der Hand des Aktenmaterials nachgeprüft habe und nur versichern kann, daß alle geistesgestört waren, und zwar in einem solchen Grade, daß es bei Kenntnis aller Umstände auch einem Laien möglich gewesen wäre, dies einzusehen. Alle solche Anklagen gegen die Irrenärzte sind, wie ich später in einer Monographie beweisen werde, in durchaus leichtfertiger Weise auf die einseitigen Angaben Geisteskranker aufgebaut.

Die Entscheidung darüber, ob jemand krank ist oder nicht, kann nicht durch Laien gefällt werden, sondern muß unbedingt den sachverständigen Ärzten überlassen werden. Im übrigen aber kann eine möglichst eingehende Kontrolle der Anstalten den Irrenärzten nur erwünscht sein.

Wenn eine „Berufungsinstanz" in fachwissenschaftlichen Dingen für nötig gehalten wird, so schlage ich vor, daß man einen Landespsychiater (im Hauptamt) einsetzt, wie ihn z. B. Württemberg schon hat."

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 40. 25. Dezember **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Katamnestische Erhebungen über begutachtete Untersuchungsgefangene. Von Dr. A. Schott, Oberarzt der Kgl Heilanstalt Weinsberg. (Schluß.) (S. 349.) — Sexuelle Delikte und verminderte Zurechnungsfähigkeit. Von Medizinalrat Prof. Dr. P. Näcke, Hubertusburg. (S. 352.) — Mitteilungen (S. 353): v. Grashey's 70ster Geburtstag. 4. Kongreß für experimentelle Psychologie. Zur Strafgesetzgebung. Königreich Sachsen. Feuer in der Prov.-Irrenanstalt zu Düren. Die Irrenfürsorge in Baden. Die Broschüre: 6 Jahre gesund interniert. Vermächtnisse für eine Irren- und eine Idiotenanstalt. Studienreise von Prof. Dr. E. Schultze. Internationaler Verein für medizin. Psychologie und Psychotherapie. — Referate (S. 356). — Personalnachrichten (S. 356).

Katamnestische Erhebungen über begutachtete Untersuchungsgefangene.

Von Dr. *A. Schott*, Oberarzt der Kgl. Heilanstalt Weinsberg.

Nach einem Vortrag auf der südwestdeutschen Irrenärzte-Versammlung 5. bis 6. Nov. 1909 zu Heilbronn und Weinsberg.

(Schluß.)

Wir haben es uns zur Regel gemacht, die Rücksichtnahme auf die minderwertige Veranlagung der Begutachteten weniger im Strafmaß als im Strafvollzug zum Ausdruck zu bringen. In Württemberg liegen in dieser Hinsicht die Verhältnisse günstig. Die Irrenabteilung zu Hohenasperg dient nicht nur zur Beobachtung zweifelhafter Geisteszustände männlicher Strafgefangener, sondern auch zur Behandlung Geisteskranker während des Strafvollzugs. Außerdem ist dieser Irrenabteilung eine Strafinvalidenabteilung angegliedert, welche körperlich und geistig defekte Strafgefangene (Epileptiker, Hysteriker u. a. m.) beherbergt. Beide Abteilungen unterstehen einem erfahrenen, langjährigen Irrenarzt. Diese zweckmäßige Einrichtung ermöglicht es, den Strafvollzug irrenärztlichen Wünschen und Forderungen entsprechend zu modifizieren, und gibt eine Gewähr dafür, daß bei vorübergehenden geistigen Störungen von Psychopathen irrenärztliche Behandlung zur Verfügung steht.

In den Strafvollzug gelangten 16 Begutachtete (25 Männer und 1 Frau) = 50%.

Erheblichere Schwierigkeiten im Strafvollzug haben drei männliche Individuen gemacht, von denen einer derzeit noch im Strafvollzug ist und sich durchaus renitent, gewalttätig und drohend verhält.

Zwei von diesen drei Männern sind mehrfach und verschieden von irrenärztlicher Seite begutachtet worden, insofern der Grad der Entartung bald so bedeutend angesehen wurde, um die Wohltat des § 51 zuzubilligen, bald nur auf eine verminderte Zurechnungsfähigkeit von seiten des Begutachters erkannt wurde. Alle diese drei Individuen weisen zahlreiche Züge der gewohnheitsmäßigen Verbrecher auf. Bei zwei hat der Strafanstaltsarzt Disziplinierung für angängig erachtet.

In den dreizehn anderen Fällen erledigte sich der Strafvollzug glatt. Zwei Begutachtete wurden vorläufig entlassen: ein Mann (Totschlag) wegen guter Führung und eine Frau wegen nervöser Erscheinungen. Von denjenigen acht Begutachteten (7 männl., 1 weibl.), welche nach Einstellung des Verfahrens in der Anstalt verblieben sind, ist zu berichten, daß eine an hysterischem Irresein leidende Frau nach siebenmonatigem Anstaltsaufenthalt gebessert zur Entlassung kam und bis jetzt, nach drei Jahren, nicht mehr rückfällig (Betrügereien) geworden ist. Der Ehemann schreibt unter anderem: „... Ein Rückfall ist bei meiner Frau während dieser Zeit nicht eingetreten... Kleinere hysterische Anfälle treten bisweilen, besonders zur Zeit der Regel, hin und wieder auf; dieselben sind jedoch nie mehr in der früheren Weise ausgeartet." Ein an Altersirresein leidender und wegen Sittlichkeitsvergehen in Untersuchung gestandener Mann befand sich als ruhiger, harmloser, geistig sehr schwacher Kranker $2^1/_2$ Jahr in der hiesigen Anstalt und ist seit einigen Monaten in eine Landarmenanstalt abgeschoben worden, ohne dort bis jetzt irgendwie störend zu sein.

Ein wegen krankhaften Rauschzustandes (schwere Körperverletzung) freigesprochener Mann befand sich



ein Jahr in der Irrenanstalt, wo er fleißig in der Schreinerei arbeitete, sich ruhig und geordnet verhielt, hin und wieder aber verstimmt war und über Kopfweh klagte. Nach seiner Entlassung hat der Betreffende seinen Wohnsitz verlegt. Laut neuester Mitteilung hält sich der Betreffende gut, arbeitet regelmäßig und bietet nichts Auffälliges dar. Ein zweiter wegen krankhaften Rauschzustandes Freigesprochener befand sich über ein Jahr in der Anstalt, wurde in der Folgezeit mehrfach auf einige Wochen wegen durch Trinken hervorgerufener Erregungszustände aufgenommen. Seit drei Jahren ist nichts Nachteiliges mehr vorgekommen. Seit $^3/_4$ Jahr ist er verheiratet, „tut gut und wird von der Frau im Zaum gehalten".

Ein Mann, welcher wegen Haftgeldschwindelei in Untersuchung stand und der wegen des Nachweises epileptischer Dämmerzustände außer Verfolgung gesetzt wurde, befindet sich derzeit noch in der Anstalt. Der Kranke zeigt ausgesprochene Verstimmungszustände ängstlichen Charakters, zeitweise stark hervortretende vasomotorische Störungen einhergehend mit auf die Herzgegend lokalisiertem Angstgefühl und Herzpalpitationen, klagt häufig über Kopfweh und Schwindel und weist Zustände veränderten und getrübten Bewußtseins auf.

Der wegen Sittlichkeitsverbrechens angeklagte und auf Grund nachgewiesenen Jugendirreseins freigesprochene Mann befindet sich ebenfalls noch in der Anstalt. Er ist ein gemütsroher, vielfach unzufriedener Kranker, welcher zu bubenhaften Streichen neigt und kindische Ulkereien verübt.

Zwei wegen hochgradigen Schwachsinns exkulpierte Männer stehen noch in Anstaltsbehandlung; es sind beide vielfach unzufriedene, händelsüchtige und rechthaberische Individuen, welche ausgesprochene Zustände reizbarer Verstimmung darbieten.

Ein Mann, welcher zahlreiche psychogene (hysterische) Züge und Erscheinungen aufwies, starb während des Strafvollzugs an Carcinoma ventriculi.

Ein wegen Mordes angeklagter und hier begutachteter Mann wurde hingerichtet.

Im Strafvollzug befinden sich derzeit fünf Männer, wovon drei auf Grund einer neuen Straftat.

Erneute strafbare Handlungen haben sich seit Abbüßung der für uns hier in Betracht kommenden Strafe zuschulden kommen lassen: acht Männer, darunter zwei, welche hier für zurechnungsfähig im Sinne des § 51 erklärt, aber auf Grund eines Obergutachtens freigesprochen worden sind, jetzt aber wieder zur Verurteilung gelangten. In anderen Fällen ist bald eine Strafe verhängt, bald der § 51 zugebilligt worden.

Zwei der Begutachteten befinden sich als krank zu Hause; bei einem derselben ist schon seit längerer Zeit das Verfahren ausgesetzt, der andere wurde auf Grund des irrenärztlichen Gutachtens außer Verfolgung gesetzt.

In Freiheit sind und haben sich bis jetzt (ein bis vier Jahre) gut gehalten: zwei Frauen und sechs Männer, also im ganzen acht Individuen = 25% der Gesamtzahl, von denen eine Frau und drei Männer infolge irrenärztlichen Gutachtens straffrei ausgingen.

In drei Fällen ist ein endgültiger Abschluß des Verfahrens bis jetzt nicht erfolgt.

Zwei Männer stehen derzeit wieder in Untersuchung und einer wird steckbrieflich verfolgt.

Es ergibt sich aus diesen Beobachtungen und Ermittlungen, daß der weitere Verbleib der außer Verfolgung Gesetzten in der begutachtenden Anstalt bei unserem kleinen Material die Auffassung des Gutachters vollauf gerechtfertigt hat. Es bietet gerade diese Möglichkeit, frühere in derselben Anstalt begutachtete Untersuchungsgefangene als Pfleglinge längere Zeit in Obhut zu haben, viel Lehrreiches und gewährt einen tiefen Einblick in die fließenden Übergänge zwischen Verbrechernatur und Geisteskrankheit.

Wie zu erwarten stand, ist die Mehrzahl der Begutachteten ihren verbrecherischen Neigungen treu geblieben, und es sind bald früher, bald später Konflikte mit den Strafgesetzen wieder zu erwarten.

Eine gewisse Bedeutung ist dem Verhalten der von uns Begutachteten während des Strafvollzugs zuzumessen. In dieser Hinsicht haben sich weniger Schwierigkeiten ergeben, als wir erwarteten. Diese Tatsache bestärkt uns in der Auffassung, daß die Mehrzahl der Psychopathen sich für den Strafvollzug eignet und in der Strafanstalt zweckentsprechender untergebracht ist als in der Irrenanstalt. Gleichzeitig gaben uns auch die gemachten Erfahrungen einen Fingerzeig dafür, daß wir mit der irrenärztlichen d. h. entlastenden Bewertung der Charakterzüge und Eigenschaften der Verbrechernatur uns einer größeren Zurückhaltung befleißigen müssen, als wir es seither vielfach zu tun gewohnt waren. Bei Nichtbeachtung dieser Vorsicht überschreiten wir die Grenzen unseres Machtbereiches und laufen Gefahr, in den Irrenanstalten wieder Zustände zu zeitigen, wie wir sie vor fünfzehn Jahren zu beklagen hatten. Das aber kann keinem unter uns erwünscht und erstrebenswert sein!



Die Erfahrung lehrt, daß bei diesen minderwertigen, entarteten Individuen zwar die Neigung zum Auftreten vorübergehender Geistesstörung besteht, daß aber diese Anfälle meist rasch abklingen und dann die längere Verwahrung in der Irrenanstalt erhebliche Schwierigkeiten bereitet und nicht selten den Irrenarzt in einen Gewissenszwist versetzt. Die frühzeitige Entlassung dieser Individuen endlich schadet dem Rufe der Irrenanstalt durch Begehung neuer Straftaten, gefährdet die Rechtssicherheit des Staates und verletzt das Rechtsgefühl des Volkes.

Die Irrenärzte müssen es sich angelegen sein lassen, Einblick in die Strafanstalten möglichst oft zu nehmen, ihre Insassen vorurteilsfrei zu beobachten und zu studieren. Ein reger Meinungsaustausch zwischen Irren- und Strafanstaltsärzten kann nur beiden Teilen zum Vorteil gereichen und für die Lösung der hier in Betracht kommenden, lebhaft umstrittenen Fragen von Nutzen sein. Der Anstaltsarzt bedarf gründlicher irrenärztlicher Kenntnisse und der Irrenarzt reicher Erfahrungen auf dem Gebiete der Lehre vom Verbrecher.

Ich stehe nicht an, zu behaupten, daß bei dem Zutreffen dieser beiden Voraussetzungen wohl ein großer, wenn nicht der größte Teil der vorhandenen Schwierigkeiten sich beheben oder doch jedenfalls wesentlich mildern ließe.

Je mehr der Irrenarzt Kenntnisse vom Wesen des Verbrechers besitzt, desto vorsichtiger wird er in der Zubilligung des § 51 bei entarteten, vielfach vorbestraften Individuen sein. Noch mehr gilt dies, wenn es sich um die erste irrenärztliche Begutachtung handelt, denn nicht zu selten erleben wir, daß dieses Gutachten die Stelle eines Freibriefes für den Verbrecher vertritt und damit Zustände gezeitigt werden, welche die Rechtsordnung des Staates empfindlich schädigen.

Ich fasse unter ausdrücklicher Hervorhebung des kleinen mir zur Verfügung gestandenen Materials und unter Berücksichtigung der vielfach noch kurzen Spanne Zeit seit der Begutachtung der Fälle meine Ausführungen in folgende Leitsätze zusammen:

1. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich um vorbestrafte, vielfach erblich belastete und von Hause aus entartete Individuen.

2. Reine Psychosen sind bei dem zur Verfügung gestandenen Material sehr selten.

3. Die in der Haft zutage getretenen Störungen entspringen der minderwertigen Veranlagung dieser Individuen und haben meist mit der Frage der Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der Tat nichts zu tun.

4. Diese Störungen haben sich in der Mehrzahl der Fälle nach der Aufnahme in die Irrenanstalt rasch wieder ausgeglichen.

5. Ein gewisser Schwachsinn, epileptische und hysterische Züge treten bei den 32 Begutachteten häufig in Erscheinung; sie sind wohl als Äußerungen der allgemeinen Entartung aufzufassen.

6. Psychopathische Individuen eignen sich zum größten Teil für den Strafvollzug und sind recht wohl einer Disziplinierung zugänglich, wobei irrenärztliche Überwachung erforderlich ist.

7. Es ist bei der irrenärztlichen Beurteilung und Begutachtung vorbestrafter, entarteter Individuen die Anwendung des § 51 RStG. mit großer Vorsicht und Zurückhaltung auszuüben; insbesondere gilt dies für die erste derartige Begutachtung.

8. Den Irrenärzten ist dringend anzuraten, die Psychologie des Verbrechers genau zu studieren und sich im Verkehr mit Strafanstaltsärzten über diese Individuen möglichst gut zu unterrichten.

9. Den Strafanstaltsärzten wird gute irrenärztliche Ausbildung unerläßlich sein.

10. Durch die Erfüllung von 8 und 9 wird sich ein großer Teil der bestehenden Erschwernisse und Unzuträglichkeiten beseitigen bezw. mildern lassen.

11. Die Irrenanstalt muß sich nach Möglichkeit hüten, zu Detentionsstätten psychopathischer Individuen zu werden; sie schadet dadurch ihrem Charakter als Krankenhaus, verletzt durch frühzeitige Entlassung dieser Individuen das Rechtsempfinden des Volkes und gefährdet die Rechtssicherheit des Staates.

12. Die katamnestischen Erhebungen bei begutachteten Untersuchungsgefangenen sollten allgemein durchgeführt werden, um auf breiter Grundlage fußend Leitsätze aufstellen zu können.

13. Die Frage der Strafvollzugsfähigkeit verdient eine eingehende Bearbeitung, welche nur durch Zusammenwirken von Irren- und Strafanstaltsärzten ersprießlich gestaltet werden kann.

14. Die Einweisung in eine Irrenanstalt oder Klinik nach § 81 StrPO. wird auch trotz guter irrenärztlicher Ausbildung der Gerichtsärzte bei den hier in Frage stehenden Individuen in Zukunft sich nicht umgehen lassen, da zur Beobachtung der ganze Apparat derartiger Spezialinstitute erforderlich ist.



Sexuelle Delikte und verminderte Zurechnungsfähigkeit.

Von Medizinalrat Prof. Dr. *P. Näcke*, Hubertusburg.

Natura non facit saltum. Deshalb gibt es so unzählige Übergänge von der normalen zur kranken Psyche, deshalb ist es eben oft sehr schwer, wenn nicht unmöglich, anzugeben, wo die Gesundheit aufhört und die Krankheit beginnt, ebenso auch bez. der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Hier ist dem subjektiven Ermessen ein ziemlich weiter Spielraum übrig gelassen, daher auch oft die sich widersprechenden Begutachtungen. Dieselben Schwierigkeiten zeigen sich aber auch bez. des Geisteszustandes und der Zurechnungsfähigkeit bei Sittlichkeitsverbrechen.

Fischer hat nun kürzlich an dieser Stelle (Nr. 22, 1909) über die „Sachverständigkeit bei zweifelhaften Geisteszuständen" einen Vortrag abdrucken lassen, der unter anderem auch die „sexuellen Delikte" berührt, und hier bekennt er sich zu gewissen Auffassungen, die mir nicht richtig zu sein scheinen, vielmehr einer Korrektur bedürfen. Er behauptet da zunächst, daß, wenn ein geistig Gesunder eine gesteigerte Libido sexualis besitzt, diese *nicht* als Milderungsgrund angeführt werden kann, „da auch diese gesteigerte Libido bei Geistesgesunden keine Geistesstörung hervorrufen kann". Letzteres ist richtig, ersteres aber nicht. Vor allem fragt sich: was ist *gesteigerte* Libido? Wir wissen zurzeit noch so wenig Sicheres über die normalen sexuellen Verhältnisse,*) daß wir auch über die Variationsbreite dieses mächtigen Triebes noch sehr im unklaren sind. Jedenfalls ist der Spielraum ein ziemlich großer. Wo aber ist die Grenze? Und muß diese dann schon als Anfang der Krankhaftigkeit angesehen werden? Wir müssen hierbei auch noch die natürliche, spontane und die künstlich durch Alkoholika, unzüchtige Lektüre, Gesellschaft, Theaterstücke etc. erregte Libido wohl unterscheiden. In der Großstadt spielt speziell letztere eine große Rolle und dürfte bez. der Stärke des Geschlechtstriebs schlechthin nicht mit herangezogen werden, höchstens bez. ihrer leichteren oder schwereren Beeinflussung von außen. Freilich meine ich dabei nur die *groben* Beeinflussungen, da ja auch schon unter gewöhnlichen Verhältnissen äußere Momente ebenfalls mitspielen, mitspielen müssen, sonst würde der Mensch ja zum bloßen Tier, das seinen Naturtrieb befriedigt, herabsinken. Wann können wir nun in praktischem Sinne die Libido gesteigert nennen? Vielleicht, wenn diese sich täglich meldet, *sicher* aber, wenn sogar ein mehrmaliger Koitus in einer Nacht ausgeübt wird. Es gibt solche nimmersatte, sexuelle „Athleten". Glücklicherweise für die Frauen und andere sind sie jedoch selten genug. Aber auch wenn die Libido nicht allzuhäufig zur Befriedigung drängt, so kann sie sicher an sich schon schwach, stark oder sehr stark im *gegebenen* Momente sein. Danach wird auch die Stärke des sexuellen Affekts verschieden groß sein. *Wie nun aber ein sehr starker Affekt irgendeiner Art die Selbstbeherrschung herabsetzen kann, ja bis zur völligen Vernichtung, so auch der sexuelle Affekt. Deshalb kann sehr wohl ein gesteigerter Geschlechtstrieb auch bei einem Normalen verminderte Zurechnungsfähigkeit für die Tat bedingen,* meine ich.

Eine gesteigerte Libido wird ferner gewöhnlich auch mit größerer Ansprechbarkeit verbunden sein, schon weil die Bahnen ausgeschliffener sind. Ist nun endlich auch die Willensstärke keine große — hierbezüglich müssen wir gleichfalls einen Spielraum annehmen, der freilich schwer fixierbar ist —, ohne daß sie aber pathologisch genannt werden könnte, so wird sie selbstverständlich dem übermächtigen Triebe noch weniger Widerstand leisten können.

Fischer sagt weiter: „Die Erfahrung lehrt, daß die Libido bei diesen an abnormen sexuellen Gelüsten leidenden Individuen nicht größer ist als bei sexuell gesund Veranlagten. Doch angenommen, sie wäre größer, so sind auch die Hemmnisse größer, die gegen ihre Befriedigung die Gesellschaft und die Gesetze geschaffen haben. Daraus folgt, daß bei denjenigen, bei denen die pathologische sexuelle Veranlagung . . . . (als) eine isolierte Erscheinung vorhanden ist, die ansonsten geistig gesund sind, volle Verantwortung für ihre Tat zusteht. . . . ." Aus dem Zusammenhang des Ganzen glaube ich entnehmen zu dürfen, daß Verf. hauptsächlich die Homosexualität hier im Sinne hat. Und hier frage ich: kennt er überhaupt Urninge und wie viele? Es scheint kaum so, da er sonst anders urteilen würde. Zunächst ist es noch absolut *nicht* ausgemacht, daß Homosexuelle Kranke sind. Sie können es sein, wie die andern, brauchen es aber nicht. Sie sind z. Zt. *nur* als abnorm zu bezeichnen. Vielleicht handelt es sich sogar bloß um eine *normale* Varietät der Libido bei einer Minderheit. Auch ob Invertierte häufiger psychopathisch und entartet sind als Heterosexuelle, ist noch lange nicht erwiesen. Ich habe vielmehr den

*) Siehe meine Arbeit: Einiges über Pollutionen. Neurol. Zentralbl., 1909, Nr. 20.

Eindruck gewonnen, daß dem nicht so ist. Es scheint nun, daß gerade bei diesen Konträren der Geschlechtstrieb früher und stärker auftritt als sonst; das sagen fast alle Kenner, neulich erst wieder Numa Praetorius, der nach Hirschfeld wahrscheinlich die meisten Urninge kennt. Wenn dem nun so ist, so wäre eine Verfehlung gegen das Gesetz unter Umständen milder zu beurteilen. Wohl wissen die Homosexuellen, daß der § 175 ihnen droht und auch zurzeit der Widerwillen beim Publikum gegen sie — d. h. vorwiegend nur in gebildeten Kreisen! — ein so großer ist, daß sie riskieren, Stellung und guten Leumund zu verlieren, und das sollte ihnen allerdings ein besonders starkes Hemmnis sein, sich gehen zu lassen. Aber diese Hemmungsvorstellungen können bei einer sehr starken Libido doch ungenügend werden. Dann wäre es unbillig, die Urninge anders hierbezüglich zu behandeln als die andern. Man würde dann hier auch für die Tat verminderte Zurechnungsfähigkeit annehmen müssen. Ja, es ist sogar ungerecht, hier die sexuelle Abstinenz zu fordern, dort aber nicht. Daher wird auch sicher § 175 noch fallen. Verlangt darf nur werden, daß sie in sexueller Beziehung dieselben Grenzen einhalten, wie sie das Gesetz den Normal-Geschlechtlichen vorschreibt. Es ist daher ganz verkehrt, wenn Fleischer*), der auch sonst die wunderlichsten Ideen über Homosexuelle auskramt, die er offenbar gar nicht kennt, pathetisch ausruft (S. 297): „Ein verkehrt Veranlagter, welcher sich über alle diese Schranken hinwegsetzt, steht sittlich auf einer niedrigeren Stufe als ein naturgemäß Empfindender, welcher gelegentlich entgleist, denn er hat mehr Schamgefühl über Bord werfen müssen wie der andere." Das ist nicht wahr. Ich selbst kenne sittlich hoch stehende Homosexuelle, die durchaus auch des Schamgefühls nicht bar sind. Sie können aber nicht einsehen, warum ihre Neigung sittlich verwerflich sein soll, und damit haben sie ganz recht.

Fischer sagt auch, daß der Geschlechtstrieb nicht unwiderstehlich sei; „die gegenteilige Ansicht ist ein Irrtum. Selbst der rücksichtsloseste, sinnlichste, vertierteste Lustmörder kann sich beherrschen, wenn die Polizei kommt." Unwiderstehlich ist der Trieb freilich nur bei mehr oder weniger bewußtlosen oder gewissen andern psychotischen Zuständen. Der Exhibitionist wird nicht gerade vor der Polizei seine Tat ausführen, auch nicht der Urning etc. Damit ist aber noch lange nicht gesagt, daß der Trieb trotzdem nicht so mächtig sein kann, daß die Selbstbeherrschung darunter leiden muß; vielmehr zeigt sich, daß — wie ja die häufigen Bestrafungen derselben Person hinreichend beweisen — die drohende oder angewandte Strafe nicht mehr genügend präventiv wirkte. Auch könnten einmal — freilich unendlich seltene Fälle, die außerdem forensisch sehr schwierig zu erkennen sind — bei sonst normaler Psyche eine isolierte Zwangsidee oder ein Zwangstrieb bestehen, welche sogar zur Ausführung einer sexuellen Tat drängen. Hier wäre aber wohl besser dann § 51 anzuwenden als die verminderte Zurechnungsfähigkeit.

Dagegen gebe ich Fischer darin vollkommen recht — und das geht ja auch schon aus dem vorstehenden hervor —, daß bei einer selbst noch so krassen sexuellen Perversion „das Delikt selber zur Beurteilung des Geisteszustandes des Betreffenden nicht genügend ist. . ."

*) Fleischer, Krankheit oder Laster? Archiv f. Kriminalanthropol. etc., Bd. 34 (1909), p. 242.

Mitteilungen.

— **v. Grashey's 70ster Geburtstag.** Die Münch. med. Wochenschrift vom 16. XI. 09 schreibt: „Herr Geheimrat v. Grashey, der ehemalige Professor der Psychiatrie an der Universität München und langjährige Leiter des bayerischen Medizinalwesens, feierte in diesen Tagen seinen 70. Geburtstag. Der Ärztliche Verein München ernannte ihn aus diesem Anlasse zum Ehrenmitgliede. Im übrigen hat er sich allen ihm zugedachten Ehrungen entzogen. So müssen wir uns darauf beschränken, ihm unsere herzlichsten Glückwünsche in die Stille seines Ruhesitzes zuzurufen." Dem schließen wir uns von Herzen an und mit dem besonderen Wunsche, daß es den Psychiatern, die den Vorzug haben, den Jubilar persönlich zu kennen, bald wieder einmal und noch oft vergönnt sein möchte, den ehemaligen hochgeschätzten Lehrer und Fachkollegen bei Versammlungen wiederzusehen, von denen ihn in den letzten Jahren seine umfangreiche Tätigkeit als Leiter des bayerischen Medizinalwesens ferngehalten hat. Bresler.

— Der 4. **Kongreß für experimentelle Psychologie** findet vom 19. bis 22. April 1910 zu Innsbruck statt. Anmeldungen oder Anfragen an Prof. Fr. Hillebrand, Innsbruck.

— **Zur Strafgesetzgebung.** Folgender Vorfall ist vielleicht von allgemeinem Interesse, da er auf eine Lücke in unserem Strafgesetzbuch hinweist. Ein Pfleger der hiesigen Anstalt hatte einem tief-



stehenden Idioten einen Becher mit Urin hingehalten und daraus zu trinken gegeben. Der Staatsanwaltschaft wurde Anzeige erstattet. Indessen sie stellte das Verfahren ein mit folgender Begründung: wenn überhaupt als strafbare Handlung, so könne die Tat nur als Körperverletzung angesehen werden, dies aber auch nur dann, wenn durch Einflößen des Urins das körperliche Wohlbefinden des Idioten gestört worden sei. Da sich eine solche Störung des körperlichen Wohlbefindens nicht habe feststellen lassen, liege eine strafbare Handlung nicht vor. Scholz (Kosten).

— **Königreich Sachsen.** Das Ministerium des Innern gibt bekannt: Nach § 2 der Verordnung vom 27. Dezember 1906 (G.-V.-Bl. 1907 S. 5) haben die Polizeibehörden, wenn ihnen die Entlassung Epileptischer, Geisteskranker oder Geistesschwacher aus einer nicht in staatlicher Verwaltung stehenden Anstalt mitgeteilt wird, sobald es sich um die Entlassung einer männlichen Person handelt, über deren Eintritt in das Heer noch nicht entschieden ist, dem Zivilvorsitzenden derjenigen Ersatzkommission vertrauliche Anzeige zu erstatten, in deren Bezirke der Militärpflichtige in der Rekrutierungsstammrolle zu führen ist. Die Polizeibehörden werden veranlaßt, die ihnen auf Grund von § 7 der Verordnung vom 9. August 1900 (G.-V.-Bl. S. 887) bis Anfang 1907 mitgeteilten Entlassungen von geisteskranken und geistesschwachen männlichen Personen, sofern über ihren Eintritt in das Heer noch nicht entschieden sein sollte, dem nach § 2 der Verordnung vom 27. Dezember 1906 zuständigen Zivilvorsitzenden nachträglich noch anzuzeigen.

— **Feuer in der Provinzial-Irrenanstalt zu Düren.** Am 15. Dezember brannte es in dem Dachstuhl des nördlich gelegenen Flügels, in einem der vier Häuser, in denen sich die Frauenabteilung befindet. Um 1/4 vor 1 Uhr wurde zuerst das Feuer bemerkt, gleich darauf schlugen schon die hellen Flammen aus dem Dache des mittleren Verbindungshauses und des großen Eckgebäudes heraus. Das Feuer muß im Dachstuhl entstanden sein; auf welche Weise es zum Ausbruch kam, ist noch nicht festgestellt.

In eilendem Laufe war schon vor 1 Uhr die Feuerwehr nach der Brandstätte gekommen.

Sofort nachdem das Feuer bemerkt worden war, begaben sich mit Geistesgegenwart und Schnelligkeit die Pflegerinnen ans Werk, um die zahlreichen Kranken, zuerst aus den oberen und dann auch aus den unteren Stockwerken, zu retten. Trotz der großen Zahl der kranken Frauen, etwa 170, und trotz der enormen Schwierigkeiten, die sich dem Rettungswerk dadurch entgegenstellten, daß die meisten Insassinnen bettlägerig, gelähmt und dergleichen waren, und infolgedessen vorsichtig getragen werden mußten, gelang es, in 10 Minuten alle Kranken aus dem gefährdeten Hause zu entfernen und sie in anderen Abteilungen provisorisch unterzubringen. Daß die bewundernswerte Leistung vollbracht werden konnte, ist dem geradezu heroischen Eingreifen der Pflegerinnen und ihrem raschen, umsichtigen, entschlossenen und opfermutigen Verhalten zu danken.

Inzwischen hatte das Feuer auf dem Dache schon ziemlich weit um sich gegriffen. Knisternd und prasselnd fielen einige Balken zusammen, worauf durch die brennenden Abfälle die Böden Feuer fingen. Unermüdlich war man unterdessen im Gebäude-Innern tätig. Als alle Kranken gerettet waren, machte man sich eilig an die Rettung des Mobiliars, und auch diese gelang fast vollständig, namentlich in den unteren Räumen.

Obwohl die Hauptgefahr um 3 Uhr bereits beseitigt war, so daß ein Übergreifen des Feuers auf die anderen Gebäude ausgeschlossen erschien, mußte die Dampfspritze noch bis 1/2 6 Uhr arbeiten. Das anstoßende zweite große Gebäude hatte bereits am Dachfirst Feuer gefangen, mit Feuerhaken wurden von auf dem Dache stehenden Feuerwehrleuten die Dachschindeln und die Holzverkleidungen abgerissen und die wiederholt noch aufzüngelnden Flammen durch den von der Wehr verwendeten Apparat „Radikal" niedergehalten und schließlich ganz unterdrückt. Dieser Umstand hat wesentlich auch zur Erhaltung des angrenzenden großen Flügels beigetragen.

Abgebrannt und vernichtet sind jetzt nur der Dachstuhl des niedrigen und des höheren Abteilungs-Gebäudes, die darunterliegende Etage ist ebenfalls ausgebrannt. Daneben ist durch die großen in die Räume geworfenen Wassermengen einiger Schaden entstanden. (Dürener Zeitung.)

— **Die Irrenfürsorge in Baden.** Dem Landtag ging durch die Regierung ein Gesetzentwurf zu und zwar zunächst der Ersten Kammer, betr. die Irrenfürsorge. Durch diese Vorlage soll die Fürsorge für Geisteskranke in unserem Lande gesetzlich geregelt werden.

Es entbehren im Gegensatz zu einer Anzahl außerdeutscher Staaten fast alle deutschen Bundesstaaten, jedenfalls alle größeren, einer gesetzlichen Regelung des Irrenwesens, und es sind in diesen Ländern wie bei uns die Bedingungen, unter denen Geisteskranke auch gegen ihren Willen in Irrenanstalten untergebracht und dort zurückgehalten werden können, im Wege der Verordnung geregelt.

Bei dieser Sachlage glaubte die Großh. Regierung eine spätere reichsgesetzliche Regelung des Gegenstandes nicht abwarten, sondern die Frage prüfen zu sollen, ob sich die Erlassung eines Landesgesetzes empfehle. Diese Frage war zu bejahen. Wenn auch die Befugnis der Polizei zur Einweisung eines Geisteskranken in eine Anstalt sich einwandsfrei begründen läßt, so fehlt es eben doch an einer diese Befugnis unmittelbar und bestimmt aussprechenden gesetzlichen Vorschrift. Auch sind immerhin Fälle denkbar, in denen die vorhandene Rechtsgrundlage nicht ausreicht.

Es war deshalb bereits dem letzten Landtag der Entwurf eines Gesetzes betr. die Irrenfürsorge vorgelegt worden, der aber in der Zweiten Kammer, an welche er zunächst gelangte, nicht mehr zur Beratung kam. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll nun neuerlich der Versuch einer landesgesetzlichen Regelung des Irrenwesens gemacht werden, und zwar im

wesentlichen auf der Grundlage des früheren Entwurfs. Nur in einem Punkt weicht der jetzige Entwurf von dem früheren ab, nämlich hinsichtlich des für die Aufnahme erforderlichen ärztlichen Zeugnisses. Die Vorschrift des früheren Entwurfs, wonach das ärztliche Zeugnis, das die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge bestätigt, von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarzt ausgestellt sein muß, ein Zeugnis des behandelnden oder eines sonstigen Arztes also nicht genügt, hat bei den Ärzten des Landes lebhaften Widerspruch erfahren. Ferner haben nicht nur verschiedene freie ärztliche Vereinigungen, sondern auch die gesetzliche Vertretung der badischen Ärzte, die Ärztekammer, in ihrer Sitzung vom 22. Oktober 1908 einer Resolution zugestimmt, worin die in dem Gesetzentwurf geplante Ausschließung der praktischen Ärzte aus dem Aufnahmeverfahren für Geisteskranke als eine für die Interessen der Kranken und des ärztlichen Standes verhängnisvolle Maßregel bedauert wird. Es ist deshalb, obwohl auch für die in dem früheren Entwurf vorgesehene Regelung gute Gründe angeführt werden können, nunmehr in der neuen Vorlage vorgesehen, daß das Zeugnis eines im Deutschen Reich approbierten Arztes für die Aufnahme eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt genügt. Dies entspricht insofern der seitherigen Regelung, als hiernach für die regelmäßigen Aufnahmen die Ausfüllung des ärztlichen Fragebogens durch den behandelnden Arzt genügt und nur eine Bestätigung der Aufnahmequalifikation durch den Bezirksarzt, aber ohne vorherige persönliche Untersuchung des Kranken, vorgeschrieben ist.

Die Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt soll nach dem Entwurf zulässig sein entweder auf Antrag bestimmter zu dem Kranken in näherer Beziehung stehender Personen oder Behörden (gesetzlicher Vertreter, unterhaltspflichtige Familienangehörige, mit der Fürsorge für den Kranken befaßte Behörden, öffentliche Organe oder Verwandte, unterstützungspflichtiger Armenverband usw.), nachdem das zuständige Bezirksamt die Unterbringung für statthaft erklärt hat, oder zufolge Anordnung des Bezirksamts nach Beratung im Bezirksrat bei Geisteskranken, die für sich oder andere oder für das Eigentum gefährlich sind, für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in bezug auf Aufsicht oder Verpflegung verwahrlost oder gefährdet sind. Sowohl die Unterbringung auf Antrag eines dazu Berechtigten wie diejenige auf Anordnung eines Bezirksamts setzt voraus, daß die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge auf Grund persönlicher Untersuchung des Kranken durch ein ärztliches Zeugnis — bei der bezirksamtlichen Anordnung ein Zeugnis eines beamteten Arztes — bestätigt ist. Eine Regelung der freiwilligen Aufnahmen, der Aufnahmen auf Antrag des Kranken selbst, enthält der Entwurf nicht, da hier keine Freiheitsbeschränkung in Frage steht, die eine gesetzliche Regelung erforderlich machen könnte. Nur für den Fall ist in dem Entwurf Vorsorge getroffen, daß ein auf seinen eigenen Antrag untergebrachter Kranker in dem Zeitpunkt, in dem er seine Entlassung verlangt, für sich oder andere gefährlich usw. geworden ist.

(Freiburger Ztg. 8. XII. 09.)

— **Nürnberg. Die Broschüre: „6 Jahre gesund interniert".** Die Strafkammer hatte sich am 9. Dez. im objektiven Verfahren mit einer Druckschrift zu befassen. Ein Mann, der seinerzeit in die Irrenanstalt geschafft worden war, hatte später eine Druckschrift veröffentlicht: „Sechs Jahre gesund interniert". Die Ehefrau des Mannes hatte wegen des Inhalts der Druckschrift Strafantrag gestellt. Mit Rücksicht auf den Geisteszustand des Mannes konnte nur das objektive Verfahren eingeleitet werden. Vom Amtsgericht war die Beschlagnahme der Druckschrift verfügt worden. Inzwischen hat die Frau den Strafantrag zurückgezogen. Die Strafkammer hat nun infolge dieser Zurückziehung das Strafverfahren eingestellt und die Druckschrift freigegeben.

— **Vermächtnis für eine Irrenanstalt.** Bern. Der kürzliche verstorbene Rentier C. L. Loery aus Münsingen bei Bern, der in Rußland große Geschäfte besaß, hat sein etwa drei Millionen Fr. betragendes Vermögen größtenteils für öffentliche und wohltätige Zwecke vermacht, davon der Irrenanstalt Waldau 200000.

— **Vermächtnis für eine Idiotenanstalt.** Das Testament der großen Philantropin und Freundin der Wissenschaft, der vor kurzem in Frankfurt a. M. verstorbenen Frau Franziska Speyer enthält unter den Legaten für Kranken-Anstalten auch 500000 M. für die Idiotenanstalt in Idstein bei Frankfurt a. M.

— **Greifswald.** Professor Dr. E. Schultze, der Leiter der psychiatrischen Universitätsklinik, unternahm am 16. d. M. mit 40 Studenten für 3 Tage eine Exkursion nach Berlin zur Besichtigung von Irren-, Fürsorgeerziehungs- und Strafanstalten.

— Auf die Initiative einiger Nervenärzte, unter anderen von Prof. Forel, Dr. Oscar Vogt und Dr. L. Frank, wurde am 22. September d. J. in Salzburg ein **Internationaler Verein für medizinische Psychologie und Psychotherapie** gegründet. Maßgebend bei dieser Gründung war einerseits die Zersplitterung der einzelnen Bestrebungen im Gebiet der Nervenforschung, anderseits die mangelhafte Anerkennung der Neurologie und Psychiatrie von seiten der Hochschule, vor allem der schwere Mangel an psychologisch-neurologischer Bildung der Mediziner, ein Mangel, der sich infolgedessen auf den ganzen Ärztestand ausdehnt. Die so wichtige Psychotherapie (Psychanalyse, Hypnotismus etc.) wird mit Achselzucken behandelt; Psychiatrie und Neurologie, obwohl die gleiche Wissenschaft, werden vielfach künstlich getrennt. Anderseits muß sich eine ernste Forschung vor den Übergriffen der Schablone und der Charlatanerie zu schützen wissen. Private Initiative und Organisation der Kräfte müssen diesen Übeln abhelfen, und so ist die Vereinigung aller derjenigen, die solchen Zielen zustreben, der Zweck des Vereins. Das Komitee wurde wie folgt konstituiert: Präsident: Prof. Raymond-Paris, Vizepräsident Dr. Oscar Vogt-Berlin und Prof. Dr. A. Forel-Yvorne, Geschäftsführer Dr. L. Frank-

Zürich, Schriftführer: Dr. Seif-München und Dr. v. Hattingberg-München, Beisitzer: Prof. Dr. Semon-München. Alle Anfragen sind zu richten an den 2. Schriftführer Dr. v. Hattingberg-München, Widenmayerstraße 23 II.

Referate.

— Hans Laehr, Die Darstellung krankhafter Geisteszustände in Shakespeares Dramen. Stuttgart, Neef, 1898 (seit 1906 bei Reimer, Berlin). 200 S.

In einer Zeit, wo Pathographien Mode geworden sind, erscheint es zweckmäßig, auf ein nicht mehr ganz neues, hierher gehöriges Buch aufmerksam zu machen, das sicher zu dem Glänzendsten gehört, das pathographisch geschrieben ward. Ja, in der Feinheit der psychologischen Analyse hat Verf. schwerlich einen Rivalen unter den Ärzten. Laehr bespricht eingehend Lear, Ophelia, Hamlet und Lady Macbeth. Die beiden ersten bieten das Bild der akuten Verwirrtheit dar, Hamlet ist gewordener schwerer Neurastheniker, Lady Macbeth bricht unter der inneren Pein zusammen. Verf. erörtert dann die ärztlichen Ansichten zu Zeiten des Dichters und gibt ein wahres mediko-historisches Kabinettstück der Krasen- und Temperamentenlehre. Er zeigt weiter, wie Shakespeare auch hieraus geschöpft hat, sonst medizinisch aber nicht über seine Zeit hinausging. Er schöpfte ferner aus seinen älteren Zeitgenossen, bes. Kid, und das Kapitel ist literarisch höchst wertvoll. Sehr wahrscheinlich hat Sh. aber auch selbst Geisteskranke beobachtet, was in Bedlam sehr leicht anging; außerdem war sein Schwiegersohn ein tüchtiger Arzt. Er wandte die Psychosen an, um den Reiz seiner Dichtungen zu erhöhen. „Wir vermögen ... zwar aus Sh. für die wissenschaftliche Erkenntnis geistiger Störungen nichts zu lernen. ... Wohl aber können wir auch heute mit Lust ... uns in Sh.s Bilder krankhafter Geisteszustände versenken, die nur im Zusammenhang der Dramen; da aber auch die höchste Bedeutung haben. . .“ Ein eingehendes Literaturverzeichnis mit Angabe des Hauptinhaltes schließt das wertvolle Werk. Näcke.

— Günther, Carl, Rechtsanwalt, Die Willensfreiheit, eine psychologisch-philosophische Studie. Verlag Georg Waltenbach, Berlin-Leipzig, 1909. (Ref.: v. Wieg-Wickenthal-Wien.)

Verfasser erläutert eingangs seiner Studie die bekannten Begriffe des Determinismus und Indeterminismus und weist nach, aus welchen Gründen der letztere zur „Begründung jeder Strafrechtslehre, aber gleichzeitig auch jeder Sittenlehre anzuerkennen ist“. Für den Verfasser ist der wesentlichste Beweisgrund für das Vorhandensein eines freien Willens die Tatsache, daß der „Akt und die Tätigkeit der Überlegung als eine ganz freiwillige und ganz selbstbewußte Tätigkeit unseres Gehirnes anerkannt werden muß“, weshalb man auch dem Resultat dieser Geistestätigkeit, nämlich der Betätigung des Willens, die innere Freiheit logischerweise nicht absprechen kann. Daß aber diese scheinbar freiwillige selbstbewußte Tätigkeit des Gehirns auch nur eine psychische Funktion ist, die lediglich und allein als Folgezustand der physiologischen Arbeit unserer Gehirnzentren angesehen werden kann im Sinne des Kausalitätsbegriffes, also gerade die Lehre der Positisten, kann Verfasser nicht entkräften, weil es überhaupt nach Ansicht des Referent unmöglich erscheint, derartigen aufgestellten Aktionen bei unserer heute noch so daniederliegenden Kenntnis der Psychoanalyse wirksam entgegenzutreten. Der naturwissenschaftlich Denkende wird hierbei immer das Gefühl nicht los, daß hier mehr der Glaube als das Wissen ausschlaggebend ist. Die philosophischen Auseinandersetzungen, in die sich Verfasser mit Schopenhauer einläßt, müßten im Original nachgelesen werden.

Personalnachrichten.

— **Aplerbeck.** Abteilungsarzt Dr. Sartorius verließ seine hiesige Stelle.

— **Breslau.** Den Professortitel erhielt Privatdozent für Neurologie Dr. Otfried Förster.

— **Pirna.** Geheimer Rat Dr. Weber, Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Sonnenstein, feierte sein 50jähriges Doktorjubiläum.

— **Rom.** Als Privatdozent für Psychiatrie habilitierte sich Dr. G. Montesano.

— **München.** Prof. Kraepelin wurde zum auswärtigen Mitglied der Kgl. schwedischen Akademie der Wissenschaften ernannt.

— **Genua.** Dr. A. Morselli habilitierte sich als Privatdozent für Psychiatrie.

— **Palermo.** Dr. G. Noera habilitierte sich als Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie.

— **Philadelphia.** Dr. G. E. Price wurde zum Adjunkt-Professor der Neurologie und Psychiatrie vom Jefferson Medical College ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 41. 1. Januar **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Ueber die Pflege bei männlichen Geisteskranken. Von Direktor Dr. Albert Behr, Stackeln. (S. 357.) — Mitteilungen (S. 363): Hilfsverein für entlassene Geisteskranke in Baden. — Referate. (S. 364.) — Personalnachrichten. (S. 366.)

(Aus der Livländischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt „Stackeln".)

Über die Pflege bei männlichen Geisteskranken.

Von Direktor Dr. *Albert Behr.*

Die Bestrebungen der Irrenärzte, die Geisteskranken möglichst frei und ohne Zwang zu behandeln, sind allem Anscheine nach zu einem vorläufigen Abschluß gelangt. Es ist augenscheinlich, daß in der Gegenwart ein gewisser Pessimismus der Behandlung ohne Zwang, dem No-restraint, entgegengetragen wird, und eine rückläufige Bewegung einsetzt. Die Zwangsjacke, die Einzelzelle, das Gitterbett leben wieder auf und werden ernsthaft erörtert. Man hat den Eindruck, als wäre die Irrenpflege an einem toten Punkt angelangt und erschöpft. Diese rückläufige Bewegung in der Pflege Geisteskranker ist durchaus verständlich, wenn man bedenkt, daß mit der Einführung der freien Behandlungsmethoden der Dienst in den Irrenanstalten sich immer schwieriger und undankbarer gestaltete. Die Behandlung der Geisteskranken ohne jeden Zwang erfordert ein so hohes Maß von geistiger Arbeit und eine so große seelische Anspannung, daß viele Ärzte versagen. Die Irrenpflege ist heutzutage in den Kreisen der Ärzte durchaus unpopulär, und die freie Behandlung der Geisteskranken, welche im vorigen Jahrhundert von hochgesinnten Irrenärzten so glänzend geschaffen wurde, droht Schaden zu leiden und zu versumpfen. Die individuelle Insuffizienz dem No-restraint gegenüber bildet die Klippe, an der so manche Ärzte scheitern. Und doch ist diese Resignation unbegründet! Die Irrenpflege hat noch große Aufgaben zu erfüllen, und der innere Ausbau in den Irrenanstalten ist keineswegs beendet. Beispielsweise ist die Krankenpflege noch sehr verbesserungsfähig. Auf diesem Gebiete eröffnet sich der Schaffensfreudigkeit und der Tatkraft des einzelnen ein großer Spielraum, denn die Aufgabe, den inneren Betrieb in den Irrenanstalten mehr und mehr den allgemeinen Krankenhäusern anzupassen, ist noch lange nicht gelöst. So begegnet die Einführung der weiblichen Pflegekräfte auf den Männerabteilungen noch immer den größten Schwierigkeiten. Obwohl die schottischen Ärzte, vor allem Robertson, die Aufmerksamkeit nachdrücklich auf diese, so möchte ich sagen, verfeinerte Art der Pflege und des Umgangs mit männlichen Geisteskranken hingelenkt haben, so will sich doch diese Methode keineswegs einbürgern. Während in Holland van Deventer seit dem Jahre 1892 in Meerenberg die weibliche Pflege auf den Männerabteilungen zielbewußt einführte, so scheint im deutschen Sprachgebiet die weibliche Pflege von männlichen Geisteskranken nur ganz allmählich Fuß zu fassen. Im Jahre 1905 veröffentlichte Böge*) die Namen der Anstalten, in welchen auf den Männerabteilungen Pflegerinnen resp. barmherzige Schwestern beschäftigt waren, und konnte bloß sechs Anstalten aufzählen, darunter die Anstalt Langenhagen, in welcher 31,7% der Kranken jünger als 15 Jahre waren, und Rottenmünster, welches sich überhaupt im Besitze einer Schwesternschaft befindet. Aller Wahrscheinlichkeit nach haben die Anregungen von Scholz und Fürstner**) nach dieser Richtung keinen Wiederhall gefunden. Auf Grund von Fragebogen, welche Prof. Starlinger***) an 100 Anstalten richtete, ließ sich entnehmen, daß bloß in neun Anstalten, und zwar nur in einzelnen Krankenzimmern respektive in Tuberkulosenheimen, weibliche Pflegekräfte zur Wartung männlicher Geisteskranker herangezogen wurden. In allen Fällen hatte sich die

*) Psychiatrische Wochenschrift, 1905, p. 416.

**) Wie ist die Fürsorge für Gemütskranke . . . . zu fördern. Berlin, 1899, p. 52ff.

***) Psychiatrische Wochenschrift, 1907, Nr. 36.

weibliche Pflege als gut und erfolgreich bewährt. Bei unruhigen und gewalttätigen Kranken wurden die gleichen guten Erfolge bezweifelt, obwohl niemand Versuche, welche nach dieser Richtung hin zielten, angestellt hatte. In Rußland hat Hermann*) in der Provinzial-Irrenanstalt des Gouvernement Orel die weibliche Pflege eingeführt und über gute Erfolge berichtet. Seine Erfahrungen sind lehrreiche, da er in der Lage war, die Verhältnisse in den Männerabteilungen vor der Einführung und nach der Einführung der weiblichen Pflege miteinander zu vergleichen. Selbst in den Abteilungen, in welchen die unruhigsten Männer lagen, wurde der Dienst zur Zufriedenheit gehandhabt, und alle die befürchteten Mängel, welche der weiblichen Pflege geisteskranker Männer anhaften sollten, erwiesen sich in der Praxis als unbegründet. Mit der Statistik von Böge und der Umfrage von Starlinger kontrastiert seltsam die Bemerkung von Reichardt in dessen Leitfaden zur psychiatrischen Klinik. Er schreibt p. 89: „In modernen Anstalten genießen auch die Kranken der Männerabteilungen den Segen weiblicher Krankenpflege, indes sind außerdem noch einige männliche Pfleger für die unruhigen und gewalttätigen Kranken notwendig.“ Wenngleich in vereinzelten Universitätskliniken (z. B. in München) die Kranken der Männerabteilungen von weiblichen Ordensschwestern gepflegt werden, so ist doch jedenfalls dieser Satz in seiner allgemeinen Fassung unrichtig und entspricht nicht den tatsächlichen Verhältnissen.**) In einigen wenigen Kliniken und Anstalten sind weibliche Oberinnen auf den Männerabteilungen tätig, weibliche Pflegekräfte beaufsichtigen die Verteilung der Mahlzeiten in den Speisesälen oder werden zu bestimmten und kleinen Hilfeleistungen herangezogen. Selbstredend sind das nur Vorläufer, denn solange männliche Pfleger die Kranken warten, kann doch füglich von einer „Einführung“ weiblicher Pflegekräfte auf den Männerabteilungen nicht gesprochen werden.***)

In der Livländischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke „Stackeln“ bin ich nun seit der Eröffnung der Anstalt im Januar 1907 konsequent daran gegangen, alle männlichen Geisteskranken durch weibliche Kräfte pflegen zu lassen. Dieses Unternehmen war in gewissem Sinne ein Wagnis. Einmal, es gab Bedenken aller Art. Die Revolution war im Lande noch nicht erloschen. Man mußte sich fragen, ob nicht infolge jener traurigen Ereignisse, welche die Politik und der Terror erzeugt hatten, das männliche Krankenmaterial lettischer und esthnischer Herkunft so verroht war, daß ein erfolgreiches Gelingen der weiblichen Pflege männlicher Geisteskranker in Frage gestellt wurde. Zweitens war der Kulturzustand des Landes zu berücksichtigen. Immer wieder wurde das niedrige Kulturniveau des Volkes als Hindernis für die Einführung der weiblichen Pflege angegeben, und was für den Westen selbstverständlich als möglich galt, war hier erst zu beweisen. Andererseits bestand aber die Pflicht, in einer neugegründeten Anstalt unbedingt das Allerneueste, was Wissenschaft und Erfahrung boten, einzuführen, und diese Erwägung überwog das Bedenken. Die Nachwirkungen der Revolution durften den gefaßten Entschluß nicht hemmen und die anfänglichen Gegengründe mußten weichen. Dazu kam die Überlegung, daß alle körperlich Kranken in den allgemeinen Krankenhäusern fast durchweg von weiblichen Händen gepflegt werden, warum sollten denn die Geisteskranken eine prinzipielle Ausnahme bilden und die Irrenanstalten in der Krankenpflege hinter den allgemeinen Krankenanstalten zurückstehen. Es kam nur alles darauf an, daß die Pflege der geisteskranken Männer von vornherein keine zu großen Schwierigkeiten bereitete, und der Versuch mit den weiblichen Pflegerinnen gelang. Die Pflege der männlichen Geisteskranken wurde also geregelt: Die Ruhigen, die Halbruhigen, mit einem Worte, alle noch einigermaßen sozialen Elemente werden ganz ausschließlich von weiblichen Händen gepflegt. Die unsozialen und gewalttätigen Männer werden von männlichen und weiblichen Pflegekräften gemeinsam gewartet. In den Abteilungen, in welchen Pfleger und Pflegerinnen zusammen pflegen, haben die männlichen Pfleger folgende Aufgaben: 1. das weibliche Personal gegen Überfälle und Angriffe zu schützen, 2. spezifische Handleistungen (z. B. Klistiere) auszuführen, 3. das Dauerbad zu besorgen, 4. die Nachtwache zu versehen. Es war nicht leicht, weibliche Personen zu finden, welche bereit waren, geisteskranke Männer zu pflegen. Die Frauen fürchteten rohe Gewalttätigkeiten und geschlechtliche Ärgernisse. Ich habe daher die Männerabteilung nur sehr allmählich ins Leben gerufen und das weibliche Pflegepersonal nach und nach an den fremdartigen Anblick der geisteskranken Männer gewöhnt. Die ersten Pflegerinnen, welche zum Dienst herangezogen wurden, waren ältere Frauen, ja auch solche, welche mit einem körperlichen Fehler (Mangel eines Auges etc.) behaftet waren, und vor allem, die Pflegerinnen erhielten auf den Männerabteilungen ein etwas höheres

*) Cf. Psychiatrische Wochenschrift, 1908, p. 256.

**) Vergl. Kraepelin: Psychiatrie, I, 1909, p. 640.

***) Bancroft: Women nurses on wards for men . . . . American Journal of insanity, 1906. Referat Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1908, p. 482.

Gehalt als auf den Frauenabteilungen. Alle Pflegerinnen entstammten ländlichen Verhältnissen und waren mit dem Stadtleben und dem sogenannten herrschaftlichen Dienst vollständig unbekannt. Der Versuch, die geisteskranken Männer von Frauen pflegen zu lassen, gelang vollständig. Die weiblichen Pflegerinnen haben sich auf den Männerabteilungen so eingebürgert, daß gegenwärtig auch jüngere Mädchen, abgesehen von ganz vereinzelten Ausnahmen, anstandslos die Pflege der Männer übernehmen und den Dienst auf den Männerabteilungen als leichteren dem in den Frauenabteilungen vorziehen. Obwohl in die Anstalt Stackeln zum größten Teil gemeingefährliche unsoziale Geisteskranke eingeliefert werden, so gehört es doch auf den Männerabteilungen zu den relativ seltenen Vorkommnissen, daß die männlichen Geisteskranken die Pflegerinnen angreifen. Dagegen bilden auf den Frauenabteilungen Angriffe auf das Pflegepersonal tägliche Vorkommnisse, so tägliche, daß niemand davon spricht, geschweige denn, daß alle Vorfälle registriert werden. Seit zwei Jahren werden die Angriffe der männlichen Geisteskranken auf das weibliche Personal genau gebucht, und wurden folgende Vorfälle eingetragen. Im Jahre 1908 ereignete es sich, daß ein Bursche von 21 Jahren, welcher an Dämmerzuständen litt, eine Sprungfeder aus der Matratze ausbrach und mit derselben auf eine Pflegerin losstürzte. Er hatte geglaubt, sie wolle ihn vergiften. Derselbe Kranke verletzte ein anderes Mal eine Pflegerin durch Faustschläge ins Gesicht. Eine Pflegerin erhielt Schläge, als sie einen jugendlichen Schwachsinnigen bei der Feldarbeit aufforderte zu arbeiten und nicht müßig dazustehen. In demselben Jahre würgte ein hemiplegischer Mann mit seiner gesunden linken Hand die ihm behilfliche Pflegerin. Der Kranke war schon, bevor die Hemiplegie einsetzte, häufig gewalttätig und mußte sorgfältig überwacht werden. Endlich stürzte ein Katatoniker plötzlich auf eine Pflegerin und versuchte dieselbe zu würgen. Im Jahre 1909 wurden einer Pflegerin die Schürze zerrissen, der Oberpflegerin die Hände zerkratzt, eine Pflegerin durfte sich vor einem älteren Hebephrenen nicht zeigen, weil er sonst auf sie losfuhr, um sie zu schlagen, eine Pflegerin erhielt einen Faustschlag hinter das Ohr und eine wurde von einem Epileptischen mit dem Stuhle bedroht. Je länger die Anstalt besteht und je mehr das weibliche Personal sich daran gewöhnt, mit den männlichen Kranken umzugehen, um so seltener werden die Gewalttätigkeiten. Um zu beurteilen, ob die angeführten Gewalttätigkeiten eine große oder kleine Anzahl darstellen, müßte man Vergleichszahlen haben. Naturgemäß sind aber wegen der Neuheit der Sache solche Zahlen nicht zu beschaffen. Trotzdem glaubte ich durch eine möglichst sorgfältige Aufzählung der Gewalttätigkeiten, wenigstens für die Livländische Anstalt Stackeln, eine Vergleichsbasis zu schaffen, um nach einer weiteren Reihe von Jahren zu beurteilen, ob die Verpflegung der geisteskranken Männer durch weibliche Pflegekräfte der Mühe wert ist oder nicht. Berücksichtigt man, daß die größte Zahl der Geisteskranken, welche die Anstalt aufsuchen, bisher in den Zellen der Armen- und Gemeindehäuser, ja auch in den Gefängnissen der Landgemeinden in grauenerregender Weise angekettet, eingekerkert ohne Luft und Licht gehalten waren, so darf es nicht weiter wundernehmen, daß die Kranken gegen die freie Anstaltsbehandlung mißtrauisch auftreten und bisweilen zu Gewalttätigkeiten neigen. Da die Männer, wie soeben dargelegt, Gewalttätigkeiten selten verüben, so darf es auch weiter nicht auffallen, daß Unflätigkeiten so gut wie gar nicht beobachtet werden. Während die Frauen in sexuellen Roheiten schwelgen, üben die Männer Zurückhaltung, und auch die Allerblödesten beobachten einen gewissen Anstand. Die Manischen, insonderheit die hypomanischen Kranken sind häufig geneigt, um witzig zu erscheinen, Zoten zu reißen, sie nehmen für gewöhnlich doch auf die Pflegerin Rücksicht und bringen ihre Zoten nachträglich den Ärzten oder sonst jemandem zu Gehör. Es muß freilich bemerkt werden, daß in einer Anstalt, deren Menschenmaterial ganz ausschließlich aus ländlichen Kreisen herstammt, Alkoholiker und Paralytiker Ausnahmen bilden. Diese Tatsache trägt unzweifelhaft viel dazu bei, Unflätigkeiten und ähnliches der Anstalt fern zu halten. Ein Kranker verübte in Gegenwart des weiblichen Personals einen exhibitionistischen Akt. Ein anderer hatte im ersten Jahre seines Anstaltsaufenthaltes die Gewohnheit, sobald er sich über die Pflegerin geärgert hatte, unter dem gebeugten Knie mit gestrecktem Unterarm und geballter Faust symbolisch gleichsam mit dem Penis zu drohen und ihr den Koitus anzubieten. Seit einem Jahr ist der Kranke nach dieser Richtung derart gesittet, daß ähnliche Szenen sich nicht mehr wiederholen. Sexuelle Angriffe auf das weibliche Personal sind bisher noch in keinem einzigen Falle beobachtet worden. Allem Anscheine nach beurteilt man die Rolle der Sexualität bei männlichen Geisteskranken ungenau. Man ist im allgemeinen geneigt, die Libido und den Impetus zu überschätzen. Aus dieser Quelle der Überschätzung entspringt wahrscheinlich auch das Vorurteil, welches man der weiblichen Pflege männlicher Geisteskranker entgegenträgt. Man schließt a minori ad majus.



Wenn schon im Leben der gesunden Männer die Ausschweifung eine so überaus häufige Erscheinung bildet, wie muß erst der Geschlechtstrieb unter pathologischen Verhältnissen wirken, sobald alle Hemmungen fortfallen! In Wirklichkeit beobachtet man aber durchaus anderes. Vor allem besteht ein tiefgreifender Unterschied zwischen der körperlich arbeitenden Bevölkerung und denjenigen Volksschichten, welche sich ihren Lebensunterhalt nicht im Schweiße ihres Angesichts verdienen. Leute, welche schwere und harte Arbeit leisten, haben gar nicht die Zeit, erotischen Dingen nachzugehen, und die Adhortatio veneris appelliert ja in erster Reihe an Zeit und Geld. Die Angehörigen der arbeitenden Klassen, besonders in der bäuerlichen Bevölkerung, sind von Jugend auf gar nicht gewöhnt, in einem derartigen Mäße erotischen Gedanken nachzugehen, wie es leider bei der Jugend der besseren Stände der Fall ist. Daher beobachtet man durchweg bei den körperlich arbeitenden Menschenklassen eine größere Widerstandsfähigkeit sexuellen Impulsen gegenüber, als bei den Männern der anderen Stände. Solange die körperlich arbeitenden Männer keinen Alkohol zu sich nehmen, bleibt der sexuelle Antrieb gebändigt. Erst der Alkoholismus schafft die Roheitsdelikte und verwischt die ethischen und physischen Hemmungen. Da männliche Pfleger und weibliche Pflegerinnen in den Abteilungen für unruhige Kranke gemeinsam pflegen, so muß man sein Augenmerk darauf richten, daß Tändeleien und Liebeleien zwischen dem Personal vermieden werden und die Pflege der Geisteskranken nicht leidet. Es sei nicht ausgeschlossen, so hört man einwenden, daß die tägliche nahe Berührung der verschiedenen Geschlechter Unzuträglichkeiten erzeuge und Anstoß errege. Man hätte die Pflicht, so heißt es weiter, das weibliche Personal nicht nur vor den geisteskranken Männern, sondern auch vor den Pflegern zu schützen. Selbstredend, es heißt für den leitenden Arzt immer wieder aufpassen und die Augen aufhalten. Im allgemeinen gilt aber von dem Pflegepersonale, welches denselben bäuerlichen Verhältnissen entstammt wie die Geisteskranken, das oben Ausgeführte, und bisher sind Klagen über das Betragen des Pflegepersonales nur ganz vereinzelt aufgetreten. Solange in den Irrenanstalten gesonderte Unterkunftsräume für das männliche und weibliche Pflegepersonal fehlten und das Pflegepersonal gezwungen war, mit den Kranken gemeinsam zu schlafen, solange war es verständlich, daß dieser bauliche Mangel mehr oder weniger als Hauptargument gegen die weibliche Pflege der geisteskranken Männer herhalten mußte.*) Seitdem aber in allen Anstalten wie auch in der Livländischen Landesirrenanstalt für das Pflegepersonal von den Krankenräumen abgesonderte Schlafräume (sogenannte Pflegerheime) vorgesehen sind, liegt eigentlich kein stichhaltiger Grund vor, welcher gegen die Einführung der weiblichen Pflege auf den Männerabteilungen spräche. Die Nachtwache versehen in den Häusern für unruhige Kranke nur männliche Pfleger, in den Häusern für halbruhige Kranke je ein Pfleger und je eine Pflegerin. Der Pfleger und die Pflegerin sind durch ein Stockwerk geschieden und durch eine elektrische Glocke miteinander verbunden. Im Falle der Gefahr können die Wachen einander beistehen. Bisher sind während der Nachtwache weder durch den gemeinsamen Dienst noch durch die Geisteskranken irgendwelche Unzuträglichkeiten und Schwierigkeiten entstanden.

*) Cf. Hoppe, Psych. Wochenschrift, 1905, Nr. 30.

Die Pflege männlicher Geisteskranker durch weibliche Kräfte bietet große Vorteile. Vor allem der Mann lernt sich höflich führen und ein jeder nach Vermögen den Takt wahren. Es scheint auch dem blödesten Mann ein gewisser Instinkt inne zu wohnen, sich Frauenhänden williger zu fügen und der Frau im Widerstande nachzugeben. Wenngleich auch manche Pflegerin recht energisch befiehlt, so fehlen doch dem weiblichen Befehle die Härten des männlichen Kommandos, welches in den Irrenanstalten so leicht einreißt. Man beobachtet, daß die Kranken sich sehr rasch an die Pflegerinnen anschmiegen und denselben bei der Reinhaltung und Säuberung der Krankenzimmer besser zur Hand gehen als die weiblichen Geisteskranken den weiblichen Pflegerinnen in den Frauenhäusern. Wenn es auch gelegentlich vorkommt, daß die Pflegerin die Männer kräftig anfaßt und dieselben sozusagen durch eine sanfte Gewalt leitet, so wird das Anfassen durch eine Frauenhand nie in dem Grade unangenehm empfunden, wie es der Fall ist, wenn die männlichen Pfleger die Geisteskranken derb anfassen. Das Weib ist ja von Natur und von Jugend auf daran gewöhnt, Kinder zu warten, zu führen und zu leiten.

Alle diese ererbten Fertigkeiten kommen den Frauen bei der Pflege geisteskranker Männer sehr zu statten und erleichtern die Pflege. Über Roheiten von seiten des weiblichen Pflegepersonales gegen männliche Geisteskranke muß leider, wenn auch vereinzelt, berichtet werden. Eine ältere Frauensperson schlug mit einer abgebrochenen Stuhllehne unbarmherzig auf einen Paralytiker, welcher ihr lästig war. Diese Pflegerin hatte vor ihrem Antritt in dem Dienst der Landesirrenanstalt in einem Land-Gemeindearmen-

haus gearbeitet, und es ist nur zu bekannt, welcher Geist in den Armenhäusern im allgemeinen vorherrscht.

In den Abteilungen für unruhige Männer haben die Pflegerinnen vor allem die Säuberung und Wartung der Kranken. Sie haben darauf zu achten, daß es bei dem Essen, bei der Verteilung der Speisen anständig hergeht, ferner daß die Kranken, wenn dieselben von der Arbeit heimkehren, sofort Hände und Füße waschen und sich sauber halten. In den gemeinsamen Dauerbädern arbeiten nur männliche Pfleger. In den Zimmern mit Einzelwannen und im Einzeldauerbade übernehmen die Pflegerinnen anstandslos den Dienst und führen die Kranken nicht nur zur Säuberung, sondern bewachen auch die fortgesetzten Dauerbäder. Sind feuchte Einpackungen verordnet, so besorgen die Pflegerinnen bei Geisteskranken, welche sich nicht sträuben, dieselben allein, und nur in dem Falle, daß der Kranke zu sehr widerstrebt, wird der männliche Pfleger mit herangezogen. Was die Ausleerungen der Kranken betrifft, so ist es bisher noch kein einziges Mal vorgekommen, daß eine Pflegerin sich geweigert hätte, hilflose oder der Aufsicht bedürftige Geisteskranke auf das Klosett zu begleiten. Obwohl selbst Robertson die Ansicht vertrat, man dürfe derartige Hilfeleistungen von den Pflegerinnen nicht verlangen, so werden nach den Schilderungen von Engelken jun.*) sogar in Aberdeen und Inverneß diese Dienste als selbstverständlich angesehen und ausgeführt. Waren Klysmate verordnet, so wurde es bisher ohne einen ausdrücklichen Befehl als selbstverständliche Pflicht der Pflegerin angesehen, mitzuhelfen und die Ausführung des Klysmas zu besorgen. Leistet der erregte Geisteskranke zu großen Widerstand, so hilft selbstredend der männliche Pfleger. In allen diesen Dingen ist das Volk nicht so sentimental wie unsereins, und auf dem Lande in der Umwelt, aus der sich die Pflegerinnen ergänzen, ist man an das Natürliche gewöhnt und sieht nicht in diesen unvermeidlichen Dingen das Abstoßende, sondern Selbstverständliches.

Was die Pflege der unruhigen und erregten Männer betrifft, so läßt sich nur das bestätigen, was auch die gewöhnliche Lebenserfahrung bei Gesunden lehrt, daß ein weibliches Wesen leichter imstande ist einen Mann zu beruhigen als der Geschlechtsgenosse. Man konnte sich zu wiederholten Malen davon überzeugen, daß derselbe Patient, welcher noch soeben gegen Arzt und Pfleger ausfahrend und heftig gewesen war, sich von der Pflegerin ohne weiteres besänftigen und beruhigen ließ. Da es bei der Beruhigung aufgeregter Geisteskranker doch wesentlich darauf ankommt, den Kranken seelisch zu beeinflussen und die Körperkraft nur ausnahmsweise zur Anwendung gelangt, so ist es a priori gar nicht einzusehen, warum es einer Pflegerin nicht leichter gelingen sollte, den Geisteskranken zu beruhigen, als dem Pfleger. Der erregte Geisteskranke, vom sinngetrübten Epileptiker sehe ich ab, übersieht in den meisten Fällen sehr schnell, daß er der Pflegerin, wenn es sich wirklich darum handeln sollte, unbedingt physisch überlegen ist, und er gibt nach. Er hält es nicht für nötig, der Pflegerin seine Kraft zu beweisen, während er in derselben Lage einem Mann gegenüber ausfällt und draufgeht. Oft springen erregte Geisteskranke, welche zu Bett liegen müssen, plötzlich auf und zerreißen, ehe man sie daran hindern kann, ihr Hemd und laufen nackt ins Zimmer. In allen derartigen Fällen hat die Pflegerin den Kranken ruhig zurückgeführt und ohne zu erröten oder das Zimmer zu verlassen dafür gesorgt, daß der nackte Kranke von neuem bekleidet werde. Das Aufspringen eines nackten Geisteskranken bringt nicht mehr Störung mit sich, als dieses in einem allgemeinen Krankenhause der Fall sein dürfte, falls ein Fieberkranker nackt umherliefe. Das Nackte als solches dürfte doch kein Hindernis sein, weibliche Pflegekräfte zu verwenden, sonst wäre es ja auch unmöglich, bei chirurgischen Eingriffen an nackten Männern weibliche Operationsschwestern zu verwenden. Nach meinen persönlichen Erfahrungen will es mir scheinen, als ob die „gebildeten" Frauen mehr vor dem Nackten zurückschrecken als die „ungebildeten", ich konnte beobachten, daß es den Oberinnen schwerer wurde, sich an den Anblick der nackten Männer zu gewöhnen, als den Pflegerinnen. Dazu kommt, daß nur die Allerblödesten, wenn sie nackt dastehen, ihre Schamteile unverhüllt darbieten. In den meisten Fällen läßt sich dagegen regelmäßig beobachten, daß die nackten geisteskranken Männer mit den Händen ihre Schamteile bedecken oder das eine Bein über das andere schlagen, so daß die Geschlechtsteile nicht hervortreten. Sobald die Pflegerinnen es gewahr werden, daß die Schamhaftigkeit des Geisteskranken nicht gelitten hat, so verlieren dieselben gegen das Nackte und Abstoßende ihren Widerwillen und suchen die Störungen des Betriebes so schnell als möglich zu beseitigen. Starlinger schreibt: „Bei unruhigen und gewalttätigen Kranken werden die Erfolge der weiblichen Pflege bezweifelt", aber er fährt fort, „es fragt sich im übrigen sehr, ob die Theorie recht behielte, wenn praktische Versuche gemacht würden." Die Anschauung, daß erregte und unruhige Männer für

*) Cf. Psychiatr. Wochenschrift, 1905, Nr. 24.

die weibliche Pflege unzugänglich seien, sitzt so tief in dem Credo der Ärzte, daß sich wenige entschließen, ein immerhin gewagtes Experiment zu unternehmen und auf das Ungewisse hin den Betrieb der Männerabteilungen umzugestalten. Es wiederholt sich in dieser Frage derselbe Widerstreit der Meinungen wie seinerzeit, als die zellenlose Behandlung eingeführt wurde, oder damals, als die Zwangsjacke abgeschafft werden sollte.

Ein weiterer Einwand, welcher gegen die Verwendung weiblicher Pflegekräfte auf den Männerabteilungen erhoben wird, betrifft die Masturbanten. Selbst Robertson*) war der Ansicht, es wäre passender, die Masturbanten auf Abteilungen zu verpflegen, in welchen Pflegerinnen keinen Dienst hatten. Ich habe aber auch in der Masturbation kein Hindernis gesehen, weibliche Pflegerinnen auf den Männerabteilungen zu beschäftigen. Im Gegenteil, es scheint, als ob unter der Leitung verständiger Pflegerinnen die Kranken die Masturbation einschränken und der Anstand gewinnt. Ich überzeugte mich zu wiederholten Malen, daß die Pflegerin die Masturbanten berief und daß das Berufen Erfolg hatte. Eine Reihe von Kranken, welche bei ihrem Eintritt in die Anstalt öffentlich schamlos masturbierten, wurden gerade unter dem Einfluß der weiblichen Pflege bedeutend sozialer und ließen ihre schlimmen Gewohnheiten.

Van Deventer**) erwähnte als Vorzug der weiblichen Pflege geisteskranker Männer einmal den Umstand, daß die Zahl der Entweichungen in Meerenberg abgenommen hätte, und zweitens die Tatsache, daß in den Männerabteilungen die Magensonde seltener zur Anwendung gelange. Was das Füttern betrifft, so unterliegt es keinem Zweifel, daß weibliche Hände geschickter und geduldiger sind, um abstinierende Geisteskranke zum Essen zu bewegen, was aber die Entweichungen betrifft, so will es mir nach den bisherigen Erfahrungen scheinen, als ob die Pflegerinnen nicht aufmerksam genug alle Vorgänge in der Umgebung auffassen, um das Entweichen der Kranken zu verhüten. Es mag sein, daß bei der Beurteilung dieser Frage lokale Eigentümlichkeiten mitspielen, etwa ein besseres Personal, ein stärker entwickeltes Pflichtgefühl bei den Pflegerinnen, eine gute Tradition, welche sich in einer alten Anstalt eher vorfindet als in einer neuen, und vor allen Dingen die Mithilfe, welche van Deventer bei der Einführung der weiblichen Pflege an seiner Frau Gemahlin fand, die selbst das Krankenpflegerinnenexamen abgelegt hatte und tatkräftig eingriff. Entweicht ein Geisteskranker, so leiden die Pflegerinnen seelisch unbedingt mehr als die männlichen Pfleger. Sie weinen und fühlen sich unglücklich, obgleich ein klein wenig mehr Besonnenheit die Entweichung hätte verhindern können. Kehrt der Entwichene heim, so wird derselbe mit Freuden empfangen und wie ein lieber Anverwandter begrüßt. Soviel steht jedenfalls fest, daß eine weibliche Pflegerin unter allen Umständen mehr dazu befähigt ist, einem geisteskranken Manne das Leben in einer Irrenanstalt erträglicher zu gestalten, als es der beste Pfleger je vermag.

Bei der Beaufsichtigung der arbeitenden Kranken im Freien bewähren sich nach den bisherigen Beobachtungen die weiblichen Pflegekräfte nur zum Teil. Die Pflegerinnen verlieren mit den arbeitsunlustigen widerstrebenden Patienten leicht die Geduld, sie werden gleichgültig und lassen die Arbeit gehen, wie es eben geht. Aus diesem Grunde werden zur Beaufsichtigung bei den schweren Wald- und Feldarbeiten nur Pfleger als Vorarbeiter herangezogen. Dagegen werden die leichteren Hausarbeiter ganz ausschließlich von den Pflegerinnen geleitet. Unter der Aufsicht der Pflegerinnen werden die Plätze vor den Häusern gesäubert, das Brennholz, so weit es verwandt wird, zerkleinert, die Speisen aus der Küche in alle Krankenabteilungen getragen, das Geschirr gewaschen, das Bettzeug geklopft etc.

In der Livländischen Landesirrenanstalt wurden verpflegt im Jahre 1907 72 Männer, im Jahre 1908 87 Männer, im Jahre 1909 134 Männer. Zurzeit befinden sich in der Anstalt 90 Männer. Im Hause für die Unruhigen leben 37 Kranke, im Hause für Halbruhige 45 Kranke und im Hause für die Ruhigen 8 Kranke. Schwerere körperliche Arbeit unter männlicher Pflege leisten täglich 44 bis 50 Kranke, leichtere körperliche Arbeit unter weiblicher Aufsicht verrichten täglich 6 bis 10 Kranke. Die Zahlen schwanken je nach der Jahreszeit und der Außentemperatur sehr bedeutend. Bettlägerig und überwachungsbedürftig sind im Hause für Unruhige etwa 4 bis 10 Kranke. Das Dauerbad benutzen meistens etwa 5 Kranke. Außenarbeit leisten von den Unruhigen 14 bis 20 Kranke. Die Überwachungsbedürftigen und Bettlägerigen werden von drei Pflegerinnen gepflegt. Das Dauerbad versorgt ein männlicher Pfleger. Die Wachsäle und das Dauerbad liegen nebeneinander, so daß im Falle der Gefahr der Pfleger die Tür öffnet und den Pflegerinnen hilft. Sind die Kranken sehr unruhig, so wird noch ein Pfleger hinzugenommen und den Pflegerinnen beigesellt. Im Hause für die Halbruhigen pflegen vier Frauen und ein Mann. Der

*) Cf. Psychiatr. Wochenschrift, Bd. VII, p. 383.
**) Cf. Psychiatr. Wochenschrift, 1902, Nr. 45.

letztere hat zugleich die Verpflichtung, gewisse Portierdienste zu leisten, zu desinfizieren und bei Sektionen zu helfen. Im Hause für die Ruhigen lebt eine Pflegerin mit 8 Kranken. Nachts versehen die Wache zwei Männer im Hause für die Unruhigen, und im Hause für die Halbruhigen je ein Mann und eine Frau. Im Hause für die Ruhigen schläft derjenige Pfleger, welcher mit den Kranken zusammen arbeitet. Eine schwere Belastungsprobe, wie weit die Pflegerinnen imstande wären, allein die Arbeit in den Abteilungen zu leisten, bildete ein Streik sämtlicher männlicher Angestellter am 23. August 1908. Leider waren Streike in den zwei ersten Betriebsjahren der Anstalt als Nachwirkungen der revolutionären Unruhe im Lande bei kleinen Unzufriedenheiten der Ausdruck der solidarischen Gesinnung. Es streikten die Pfleger, die Heizer und die Schlosser. Die Pflegerinnen hatten sich diesmal nicht an dem Streik beteiligt, sondern taten ihre Arbeit. Der Dienst litt nicht einen Augenblick, und eine Störung war kaum bemerkbar. Die Hoffnung der Streikenden, es wäre unmöglich, ohne männliche Pfleger den Krankenbetrieb fortzuführen, wurde zuschanden und schwächte die Aktionskraft der Leute.

Fasse ich das Gesagte zusammen, so ergibt sich, daß die Pflege geisteskranker Männer durch weibliche Kräfte auch unter ungünstigen äußeren Bedingungen nicht nur möglich ist, sondern durchaus Ersprießliches leistet. Im einzelnen haften der geschilderten Organisation gewiß noch viele Mängel an, trotzdem glaube ich, doch bewiesen zu haben, daß es auch in unseren Landen möglich ist, die Irrenpflege im Sinne des No-restraint zu gestalten und nach westeuropäischen Grundsätzen zu handhaben.

Mitteilungen.

— **Hilfsverein für entlassene Geisteskranke in Baden.** Unter dem Vorsitz von Geheimrat Dr. Schüle tagte in Illenau am Mittwoch, den 17. Dez. 1909 nachmittags der Ausschuß des Hilfsvereins für entlassene Geisteskranke; anschließend daran fand im Festsaale der Anstalt Illenau die zweite ordentliche Mitgliederversammlung statt. Beide Versammlungen waren gut besucht. Während der Ausschußsitzung, an der neben den Direktoren der andern Anstalten und Kliniken, bezw. deren Vertretern, und den sonstigen Mitgliedern des Vorstandes unter anderen Ministerialdirektor Geh. Rat Dr. Glockner, Regierungsrat Jacob (in Vertretung von Geh. Rat Wirth, des Direktors des Großh. Verwaltungshofes), Landtagsabgeordneter Pfefferle und (auf besondere Einladung) Nervenarzt Dr. Friedmann-Mannheim teilnahmen, war den Vereinsmitgliedern Gelegenheit gegeben, unter Führung von Anstaltsärzten und der beiden Hausgeistlichen das Innere der Anstalt zu besichtigen.

In der Ausschußsitzung konnte der Vorsitzende einen befriedigenden Bericht erstatten. Allerdings ist das volle Ziel des Vereins noch nicht erreicht; insbesondere befindet sich die persönliche Fürsorge für unsere Entlassenen, wie wir sie erstreben, noch in den Anfängen. Auch die materielle Fürsorge beschränkt sich, mit Rücksicht auf die verfügbaren noch geringen Mittel, noch zumeist auf die Zuweisung kleiner Gaben zur Linderung augenblicklicher Not. In erst wenigen Fällen konnte der Verein bis jetzt im eigentlichen Sinne der Organisation sich materiell betätigen und das höhere Amt einer noch kräftigeren Unterstützung (welche z. B. die Neugründung einer Existenz, eines Lebensberufes ermöglicht) ausüben. Dazu bedarf es noch reichlicherer Beiträge und einer gut fundierten Reserve. Zweifellos ist der Verein im laufenden Jahre diesem Ziele näher gekommen, insofern seine finanziellen Verhältnisse stabiler geworden sind. Das Soll der Beiträge ist um 1000 M., von 8000 M. auf **9000** M., gestiegen und darf mit letztgenannter Summe als regelmäßige Jahreseinnahme eingestellt werden. Sie wird bei weiterer Werbetätigkeit voraussichtlich nicht nur auf der jetzt erreichten Höhe erhalten, sondern noch wesentlich gesteigert werden können. Heute wurde nun — abweichend von dem seitherigen Modus, die Quoten der einzelnen Anstalten und Kliniken für ein Jahr aus den Einnahmen des abgelaufenen Jahres zu bestreiten — auf den Vorschlag des Vorsitzenden beschlossen, künftig diese Zuwendungen aus den laufenden Einnahmen zu decken, und ferner bestimmt, das voraussichtliche Einnahmeergebnis im ganzen (rund 10000 M.) zur Verausgabung vorzusehen, so daß jede Anstalt und Klinik im Jahre 1910 nach Maßgabe des Bedürfnisses bis zu dem Durchschnittsbetrage von 1500 M. bei der Zentrale abheben kann; der Restbetrag soll für außerordentliche Fälle vorbehalten werden. Die Änderung in der Rechnungsführung ermöglicht zugleich, den bis jetzt angesammelten Betrag von **26 300** M. (13 300 M. mehr wie seither) als Reservefonds zu erklären. Aus dem Rechenschaftsbericht sei noch erwähnt, daß auch im laufenden Jahre die Tätigkeit der Vertrauensmänner von den Anstalten und Kliniken in vielfacher Beziehung (Auskunft über zu unterstützende Kranke, werktätige Hilfe, Verschaffung von Arbeitsgelegenheit, Zuspruch in Einzelfällen, Gewinnung von geeignetem Pflegepersonal etc.) in Anspruch genommen und stets mit Bereitwilligkeit gewährt worden ist. Der Ausschußsitzung lagen fernerhin verschiedene Vorschläge und



Anträge zur Vorberatung für die Mitgliederversammlung vor.

Die Tagesordnung der Mitgliederversammlung leitete der Vorsitzende nach herzlicher Begrüßung der Erschienenen mit einem Rückblick auf die Geschichte des Hilfsvereins ein. Nach Ursprung und Entfaltung steht unser junger Hilfsverein, dessen Reorganisierung in die jüngst verflossenen Jahre (1904/06) fällt, auf badischem Boden und ist an die Namen Roller und Fischer-Pforzheim, als die geistigen Urheber und ersten Pioniere, geknüpft. Seit der Gründung von Illenau im Jahre 1842 hat Roller stets seine Stimme dafür erhoben, daß die Fürsorge für die Kranken mit den Grenzen der Anstalt nicht abgeschlossen sei, daß die Seelengestörten außerhalb derselben ebenfalls Aufsicht und Fürsorge bedürfen, und hat zu diesem Zwecke immer wieder die Gründung einer Organisation, die alle Menschenfreunde zur charitativen Betätigung im Interesse der Ärmsten der Armen vereinigen sollte, befürwortet. Wie sehr Roller von der Bedeutung und Tätigkeit des Hilfsvereins und namentlich der Mitwirkung des Laienelements an einer ideal ausgebauten Irrenfürsorge durchdrungen war, hat er besonders eindringlich in seinen „Psychiatrischen Zeitfragen" (1874) ausgesprochen, wo er die Lokalversorgung als den integrierenden Bestandteil der Irrenfürsorge bezeichnete und deren Durchführung in intimen Zusammenhang mit der Organisation des Hilfsvereins stellte, wesentlich an diesen anknüpfte. Ermutigt durch das gleichgerichtete raschere Vorgehen anderwärts wurde 1872 der Rollersche Gedanke aufs neue aufgenommen, jetzt in Form der längst geplanten Organisation für das ganze Land. Leider waren die Verhältnisse der Zeit nach dem großen Kriege (1870/71) mit seinen gewaltigen Ansprüchen an die Opferwilligkeit des Volkes dem Unternehmen nicht günstig; letzteres verflaute wieder, wenn auch die treibenden Ideen aktuell blieben und durch die Jahresberichte der Pforzheimer Zentrale wach erhalten wurden. Ein finanzieller Fonds blieb gleichfalls bewahrt. Seither wurde der Mangel einer durchgreifenden Organisation immer stärker empfunden. Ernste Erfahrungen, mißglückte Entlassungen, ganz besonders aber die Notlage zahlreicher Familien von Geisteskranken ließen die Abhilfe unaufschieblich erscheinen. Unter angelegentlicher Teilnahme der Regierung, welche unser Unternehmen kräftig förderte, wurde auf der Direktorenkonferenz im Jahre 1903 die Wiederaufnahme der Organisationsarbeiten endgültig beschlossen. Der Vorsitzende legte sodann der Versammlung die weiteren Phasen der Entwicklung dar, wie sie in großen Zügen in den Zeitungsberichten jeweils auf Jahresschluß zur öffentlichen Kenntnis gebracht worden sind. In den Jahren 1906/09 konnten — um das Ergebnis kurz im ganzen hier zu wiederholen — für Unterstützungszwecke rund 10000 M. zur Verwendung kommen; künftig kann nach dem Stande der Mittel diese Summe jährlich zur Verausgabung vorgesehen werden. Das ist das hocherfreuliche Ergebnis neben der Schaffung einer nunmehr ausgebauten und stabilen Organisation. Wir dürfen sagen: Der Hilfsverein ist jetzt in den Sattel gesetzt und wird seine Aufgaben zu erfüllen vermögen, immer ausgedehnter und erfolgreicher, je mehr er von der regen Anteilnahme unseres Volkes getragen wird. Alle sind zur Mithilfe willkommen.

Die folgenden Punkte der Tagesordnung, Satzungsänderung und Wahl von Ausschußmitgliedern wurden nach dem Vorschlage des Vorsitzenden erledigt. Der Vorstand wurde durch den Einbezug der beiden Geistlichen in Illenau und der Ausschuß durch die Zuwahl mehrerer Persönlichkeiten erweitert, ferner Bestimmung über den Mindestbeitrag (auch unter 1 M.) getroffen.

Der Punkt 4 der Tagesordnung konnte, da aus der Versammlung, wohl auch mit Rücksicht auf die inzwischen vorgeschrittene Zeit, nur wenige Wünsche und Anträge vorgebracht wurden, bald erledigt werden. Es folgten die Vorträge der Herren Anstaltsdirektoren Med.-Rat Dr. Haardt-Emmendingen über „Die Arbeit der Kranken in den Irrenanstalten" und Med.-Rat Dr. Fischer-Wiesloch über „Pflegeversicherung". Beide boten großes Interesse und fanden allgemeine Aufmerksamkeit. Der erstere gab von autoritärer Seite die gründliche und anschauliche Schilderung der verschiedenen, jeder Individualität angepaßten, immer auf den Heilzweck gerichteten Beschäftigungsarten der Insassen einer agrikolen Anstalt, wobei Emmendingen als Vorbild dienen konnte. Medizinalrat Fischer begründete und empfahl [nach dem Muster von Nürnberg*)] für den möglichen Fall eintretender Nerven- und Gemütskrankheit eine neue zeitgemäße Versicherungsart, bei der kleine Existenzen sich durch bescheidene Jahresbeiträge für eventuelle spätere Verpflegungskosten, deren Betrag oft zur schwersten Schädigung der betroffenen Familien führt, sichern können. Die weitblickenden humanen Vorschläge des Redners machten auf die Versammlung einen nachhaltigen, Zustimmung erweckenden Eindruck. Beide Vorträge fanden reichen Beifall. Mit herzlichem Dank und einem warmen Aufruf an alle zur Mitarbeit schloß der Vorsitzende die Versammlung.

Referate.

— Maeder, Alphonse, Die Sexualität der Epileptiker. Inaugural-Dissertation. Leipzig und Wien, 1909.

Die Sexualität der Epileptiker ist charakterisiert durch das Hervortreten des Aut- und Allerotismus. Die Epileptiker sind sexuell polyvalent. Sie haben normale heterosexuelle Triebe, aber auch eine ausgesprochene homosexuelle Komponente. Viele infantile Züge der Sexualität finden sich bei ihnen (Exhibitionismus, Koprophilie usw.). Die Epileptiker sind sehr erotisch, geradezu libidinös; die Äußerungen ihres Geschlechtstriebes fallen durch das Grobe, Plumpe, Geile auf. Wo die Epilepsie relativ spät aufgetreten ist, also nach den Zwanzigerjahren, steht das sexuelle Element weniger im Vordergrunde, dafür tritt das hypochondrische mehr hervor. Berze.

*) Cf. diese Wochenschrift, XI, pag. 259.



— Martius, Prof. Friedrich, Neurasthenische Entartung einst und jetzt. Verlag: Deuticke, Wien, 1909. (Ref.: v. Wieg-Wickenthal-Wien.)

Verfasser versteht unter Entartung in wissenschaftlich biologischer Fassung „jede Abweichung vom Typus, soweit sie erstens verwertbar und zweitens der Art schädlich ist". An einzelnen Beispielen sucht nun Verf. die Frage zu erörtern, ob die Degeneration wirklich gegenwärtig fort im Steigen begriffen ist, ob die degenerative Neurasthenie derzeit wirklich eine plötzliche rassengefährdende Ausbreitung erfährt. Nach einer kurzen erkenntnistheoretischen Auseinandersetzung folgert der Verfasser, der den biologischen Standpunkt Weismanns „von der Kontinuität des Keimplasmas und der Unvererbbarkeit erworbener Eigenschaften" vertritt, daß die herrschende Degenerationsfurcht für mindestens übertrieben erklärt werden muß. Im folgenden wird der historische Begriff und die Entwicklung der Neurasthenie erläutert und gezeigt, daß dieselbe ein altbekanntes, die Menschheit in frühesten Zeiten der Kultur so wie jetzt quälendes Leiden sei, die nur zu verschiedenen Zeiten unter den verschiedensten Namen (Spinalirritation, Rombergsche Hypochondrie etc.) segelte.

— Martius, Pathogenese innerer Krankheiten. IV. Heft. Das pathogenetische Vererbungsproblem. Leipzig und Wien, Deuticke, 1908. 142 S. 3 M.

Ausgezeichnet klare und überzeugende Darstellung der schwierigen Vererbungsprobleme. Es werden lichtvoll die biologischen Grundlagen der medizinischen Vererbungslehre, des Lamarckismus, die Erblichkeitsforschung und Genealogie, die Chromosomentheorie der Vererbung, die Präformation oder Epigenese, endlich als Beispiele angeborene Mißbildungen, vererbbare Anomalien und Krankheitsanlagen abgehandelt. Verf. ist überzeugter Darwinist und Anhänger Weismanns und hält die genealogische Methode durch die Ahnentafel für die einzig richtige bez. der Vererbungsfragen. Bei allen Krankheiten ist mehr oder weniger eine Anlage, Disposition nötig, die materiell durch einen Chromosomenteil übertragen wird. Also: Ohne ererbte Anlage keine Krankheit! Näcke.

— Vaschide et Meunier, La pathologie de l'attention. Paris, Blond, 1908. 115 S. 1,50 Fr.

Verf. geben die Hauptresultate der experim. Psychologie bez. der Aufmerksamkeit. Sie erkennen nicht zwei Arten an (die natürliche und willkürliche) wie Ribot, sondern sehr verschiedene an und machen auf ihre Unterschiede bei Geisteskranken, Idioten etc. aufmerksam. Endlich erachten sie die Aufmerksamkeit für ein natürliches Phänomen, nicht für ein mehr künstliches, wie es Ribot wollte. Näcke.

— Viollet, Le Spiritisme dans ses Rapports avec la Folie. Paris, Blond, 1908. 120 S. 1,50 Fr.

Sehr interessantes Buch! Die spiritistischen Praktiken und die spiritistische Lehre werden erst dargelegt, sodann, ziemlich eingehend, die „folies spirites", wobei einmal Prädisponierte durch den Spiritismus selbst geisteskrank werden, oder aber von selbst spiritistisches Kolorit im Irrsinn aufweisen (das besonders in der Dem. praecox). Verf. macht auf die vielen Psychopathen und Irren unter den Spiritisten und Medien aufmerksam. Er hält die Sache des Spiritismus selbst für nicht unmöglich. Ref. bemerkt hierzu nur, daß die meisten Medien (auch die berühmte Eusapia!) bisher entlarvt wurden, die anderen bisher aber geschickt sich der wissenschaftlichen Untersuchung und Entlarvung zu entziehen wußten. Näcke.

— Vaschide, Les hallucinations télépathiques. Paris, Blond, 1908. 97 S. 1,50 Fr.

Ausgezeichnete Untersuchungen des leider so früh verstorbenen Psychologen. Er kritisiert scharf die englischen angeblichen Dokumente über Telepathie und weist nach, daß in seinen eigenen, zahlreichen, genauen Untersuchungen Fälle sog. telepathischer Halluzination — meist Unglück oder nahenden Tod betreffend — vorkamen, davon aber nur zirka 2% wirklich eintrafen und auch diese nur als zufällig erweisbar waren. Näcke.

— Hrdlička, Physiological and medical observations among the Indians of Southwestern United States and Northern Mexiko. Washington 1908. Smithsonian Institution. 460 S.

Verf. hat im Verlauf von sieben Jahren sechs Expeditionen zu den Indianern des Nordwestens von Nordamerika und Nordmexiko unternommen (1898 bis 1905) und hier fast alle Stämme einzeln besucht. Er hat sie aber weniger rein anthropoethnologisch untersucht, als vielmehr hauptsächlich vom ärztlichen Standpunkt aus, und hierbezüglich dürfte das Werk bisher überhaupt ohne Rivalen dastehen! Nicht nur gibt er unter Beigabe von unzähligen Tabellen, Kurven und schönen Photogrammen sein Urteil über die genannten Völker ab, sondern wieder über die einzelnen, um hier Unterschiede zu konstatieren. Das Werk ist für alle ähnlichen geradezu vorbildlich zu nennen. Die Arbeit ist eine ungeheure! Erst gibt Verf. einen kurzen Abriß über das Land, das Milieu und die Stämme, zählt sie auf, bespricht kurz und klar ihre Kleidung, Wohnung, Beschäftigung, Nahrung, ihren Handel, ihre Trinksitten. Dann folgt die Physiologie der Geschlechter, die Größe der Familie, Fortpflanzung, Geburt, Entbindung, die Ernährung des Kindes etc., ferner Wachstum und das Gewicht der Kinder und der Erwachsenen, auch in ihren einzelnen Teilen, die Haut, das Altern, die Menstruation etc. Hierauf folgt der pathologische Teil, wo den einzelnen Krankheiten nachgegangen wird. Die Völker sind im ganzen gutmütig, intelligent, fleißig und gesund. Sehr selten sind Geistes-, Nervenkrankheiten, Epilepsie, Selbstmord und selten auch Verbrechen. Das Unheil tritt überall erst dort auf, wo der Einfluß der Weißen sich geltend macht. Die physiologischen Vorgänge sind denen der Weißen sehr ähnlich, nur mit geringen Differenzen. Am Ende ist eine reiche Bibliographie, ein sehr genaues Register und ein großes Tabellenwerk angehängt, auch ein Verzeichnis der Pflanzen, die in der Volksmedizin, die sehr eingehend geschildert wird, eine Rolle spielen.

Näcke.



— Birnbaum, Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1908. 227 S.

Verf. hat sich der dankbaren Aufgabe unterzogen, die degenerativen Wahngebilde, wie sie namentlich in dem Gefängnisse vorwiegend auftreten, an der Hand einer großen Menge guter Krankengeschichten eingehend zu schildern, aber auch ihre Natur selbst näher zu zergliedern. Beides ist ihm wohlgelungen, ebenso die Abgrenzung gegen ähnlich aussehende Psychosen. Moeli tat recht daran, ein empfehlendes Vorwort zu schreiben. Mit Recht wird betont, daß es eine eigentliche, charakteristische Haftpsychose nicht gibt, das Haftmilieu im ganzen nur äußerlich wirken kann, mehr nicht. Näcke.

— Birnbaum, Über psychopathische Persönlichkeiten. Wiesbaden, Bergmann, 1909. 80 S.

Verf. hat es gut verstanden, die Entarteten nach ihrer Wesenheit zu schildern, indem er stets von normalen Verhältnissen ausgeht. Es wird ihre Eigenart in formaler Hinsicht dargelegt, die Dysharmonie der einzelnen Funktionen zueinander und zum Ganzen, ihre mangelnde Anpassungsfähigkeit etc. Verf. betrachtet den Entarteten — der übrigens am besten in der Haft erkannt wird — nicht nur anthropologisch, sondern auch biologisch, indem sowohl seine Gemeingefährlichkeit betont als auch sein hoher Kulturwert festgestellt wird. Jeder wird den Ausführungen gern beipflichten und höchstens nur hier und da vielleicht etwas anderer Meinung sein können. Näcke.

— Haymann, Kinderaussagen. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1909. 43 S. 1 M.

Ganz vortreffliche Darstellung der verschiedenen Momente, die beim normalen und pathologischen Kinde die Aussage gefährden können. Zuletzt wird ein ganz einziger Fall falscher Aussage durch Induktion mitgeteilt, der dem Ref. freilich nicht ganz einwandfrei erscheint. Verf. fordert mit Recht, nicht, daß man die Kinder als Zeugen eo ipso ausschließe, aber von Fall zu Fall urteile; ferner verlangt er eine „Förderung der Aussagepädagogik" und ein Ankämpfen gegen die Lüge. Die Aussagetreue sei erziehbar, meint Verf. mit Recht. Näcke.

— Laures, Les synésthésies. Paris, Blond, 1908. 94 S. 1,50 Fr.

Verf. gibt eine kurze Geschichte der Synesthesien, deren wichtigster Typus die audition coloriée ist, die Verf. für selten hält. Die Erklärung ist für einfache Fälle eine physiologische, durch Irradiation, vielleicht ein Entartungszeichen, während für andere Fälle sie eine psychologische durch gedankliche Assoziation darstellt und so eher einen Fortschritt bedeutet. Näcke.

— Marie, L'audition morbide. Paris, Blond, 1908. 146 S.

Verf. gibt mehr, als der Titel besagt. Es werden erst alle möglichen Fälle der Hypoakusie bei Geistesgesunden und Irren genau geschildert, dann die der Hyperakusie, speziell der audition coloriée, die Verf. für häufig hält. Auch die Lehre der Aphasie wird gestreift. Verf. zeigt große Erfahrung besonders bez. der Idioten und Irren, und so wird sein interessantes Werk vor allem den Irrenarzt interessieren. Näcke.

— Ribot, Die Psychologie der Aufmerksamkeit. Deutsch nach der 9. Auflage von Dr. Dietze. Leipzig, Maester, 1908. 154 S.

Das hochbedeutsame Werk Ribots ist nun endlich übersetzt worden. Es ist für den Psychiater und Psychologen von besonderem Werte, da die „natürliche" Aufmerksamkeit von den Psychologen sehr stiefmütterlich behandelt wurde. Verf. kommt auch auf die „Hypertrophie" (Ekstasen, Zwangsideen etc.) und die „Atrophie" der Aufmerksamkeit (z. B. bei Idioten) zu sprechen. Die Übersetzung liest sich sehr gut. Näcke.

Personalnachrichten.

— **Budapest.** Dr. K. Pandy hat sich in Neurologie und Psychiatrie habilitiert.

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 40, pag. 353, 2. Spalte, Zeile 8 muß es statt Fischer heißen Fleischer.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 42. 8. Januar 1909/10.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt:
Artikel: Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen. (S. 367.) Von Dr. Bresler, Lublinitz. — Ueber das materielle Substrat der psychischen Vorgänge. Von Arthur Adler. (S. 369.) — Der wissenschaftliche Betrieb in den Irrenanstalten. (S. 370.) — Mitteilungen (S. 373): Privatdozent Dr. Kölpin †. Bonn. Prag. — Referate. (S. 374.) — Personalnachrichten. (S. 374.)

Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen.

Referat, erstattet in der Sektion Psychiatrie des XVI. internationalen medizinischen Kongresses zu Budapest, 29. August bis 4. September 1909, fertiggestellt am 15. Januar 1909.

Von Dr. *Bresler*, Lublinitz.

Die Geschichte der psychiatrischen Klassifikationen entrollt uns ein interessantes Bild von dem zirkulären Typus des wissenschaftlichen Strebens, das bald in Analyse, bald in Synthese gipfelt. Die analytische Methode hat, soweit die deutsche Psychiatrie in Betracht kommt, ihren klassischen Höhepunkt erreicht in der speziellen Psychiatrie von Krafft-Ebings und Schüles. Die Sonderung der Krankheiten in Unterformen, ihre scharfe Trennung tritt hier in den Vordergrund und wird hier in meisterhafter Weise durchgeführt. Heute empfinden wir mehr die Notwendigkeit, das Gemeinsame der Einzelkrankheiten zu suchen; wir ernten dabei, was skrupulöse analytische Arbeit in Jahrzehnten gesät hat. Wir müssen aber unterscheiden, ob es sich bei der synthetischen Methode um Konzession an die Bequemlichkeit handelt, möglichst viel Krankheitsformen in einem Topf unterzubringen, um die Umgehung tieferen differentialdiagnostischen Studiums, oder um zeitgemäße, in dem Stande des Wissens begründete Anwendung neuer Methoden und Verwendung neuer Tatsachen. Auf die Gefahr wissenschaftlicher Verflachung muß gewiß in ersterem Falle Bedacht genommen werden.

Die synthetische Arbeit scheint mir nun die Voraussetzung für die Erreichung des Ziels, das mit meinem heutigen Thema gesetzt ist. Je mehr man Einzelheiten zu klassifizieren sucht, desto mehr gelangt einerseits Nebensächliches, andererseits Subjektives zur Geltung, und die Verständigung von heute zu morgen, von Land zu Land, von Sprache zu Sprache wird erschwert. Wir brauchen eine Klassifikation, die einfach genug ist, um dem praktischen Bedürfnis der Statistik zu entsprechen, die aber auch dem wissenschaftlichen Standpunkt gerecht wird. Ich glaube, daß sich beides wohl vereinigen läßt, und habe, von diesem Bestreben geleitet, die hier aufgezeichnete Klassifikation aufgestellt, die ich Ihrer Kritik unterbreite:

I. Endogene Psychosen:
- a) Konstitutionelle Depression;
- b) Paranoia;
- c) Epilepsie;
- d) Hysterie;
- e) Psychopathische Minderwertigkeiten,
  1. Zwangstriebe,
  2. Zwangsvorstellungen,
  3. Moralisches Irresein,
  4. Andere endogene psychopathische Minderwertigkeiten.

II. Toxische Psychosen:
- a) Infektionsdelirien;
- b) Amentia;
- c) Alkoholische Geistesstörungen;
- d) Progressive Paralyse;
- e) Dementia praecox;
- f) Dementia senilis;
- g) Thyreogene Geistesstörung;
- h) Andere toxische Psychosen (auch solche mit Krämpfen), pellagröse Psychose etc.

III. Sekundäre psychotische Zustände:
- a) Bei Entzündungen des Gehirns und seiner Häute;
- b) bei Arteriosklerose;



c) bei Neubildungen;

d) bei Verletzungen;

e) andere sekundäre psychotische Zustände.

Zur Begründung führe ich folgendes an:

Die Gruppe I verhält sich zur Gruppe II ungefähr wie die Neuralgien zu den Neuritiden. Es ist bekannt, daß in der Ätiologie der Neuralgien die neuropathische Disposition eine außerordentlich bevorzugte Rolle spielt, und daß das gleiche bei den endogenen Psychosen der Fall ist. Auch der bei letzteren so häufigen Periodizität begegnen wir gar nicht selten bei den Neuralgien. Es steht ferner fest, daß bei den Neuritiden die Intoxikation das wesentlichste ätiologische Moment ist, und wir wissen, daß das gleiche für die Psychosen der Gruppe II zutrifft; ja wir wissen, daß die meisten der unter Gruppe II aufgeführten Formen selbst mit Neuritiden einhergehen. Bei Amentia und Delirium acutum nehmen wir zwar vorläufig nur eine Intoxikation an, Genaueres wissen wir nicht; aber die bei beiden Formen vorkommenden Neuritiden berechtigen zu der Annahme. Auf die häufige Beobachtung von Neuritis stützen wir auch die Hypothese von der toxischen Ätiologie der Dem. senilis und der Korsakoffschen Psychose. Bei der Dem. praecox werden Toxine ebenfalls nur vermutet. Die neuesten Ergebnisse der pathologischen Histologie bei Dementia praecox zwingen aber dazu, diese Psychose unter die organischen einzureihen. Die folgende Erwägung führt zu demselben Ziel: Man hat aus der Art der erblichen Belastung bei Dementia praecox, wo organische Krankheiten überwiegen, auf die Zugehörigkeit der Dementia praecox zu den organischen Erkrankungen geschlossen, während bei periodischer Geistesstörung die Belastung durch funktionelle Psychosen überwiegt.

Schwierigkeiten scheint die Klassifikation der Epilepsie zu bereiten. Denn wenn auch die theoretische Unterscheidung einer endogenen und einer toxischen Form heute geläufig ist, so könnte doch die Auflösung der Epilepsie in diese und weitere Arten als voreilig gelten. Gleichwohl ist eine solche Auflösung nötig und nicht nur ad hoc. W i s s e n s c h a f t l i c h*) betrachtet, erscheinen die heutigen Epileptiker-Anstalten etwa in der Weise in ihrer Sonder-Existenz begründet, als es Huster-Anstalten oder Diarrhoiker-Anstalten sein würden. Aber die Wissenschaft ist selbst schuld daran. Nehmen Sie eins der voluminösen Bücher über Epilepsie: in althergebrachter Weise werden da die großen Anfälle, die kleinen Anfälle, die Äquivalente, die interparoxysmellen Zustände, die psychischen Dauerzustände als Gesichtspunkte bei der Darstellung benutzt, aber eine Schilderung nach den einzelnen Formen der epileptischen Erkrankungen sucht man vergeblich. In der Praxis dürfte sich aber die Verteilung der Epilepsien auf die drei Gruppen leichter gestalten, als man annimmt. Sie entfallen hauptsächlich auf die Gruppe I und III, da die toxische Epilepsie selten ist und selten mit geistigen Störungen einhergeht.

Ähnlich ist es mit der Idiotie und Imbezillität. Sie werden diese Bezeichnung in meiner Klassifikation vermissen. Ein großer Teil davon gehört unter Gruppe III, nämlich die Schwachsinnszustände nach Gehirnentzündungen und Kopfverletzungen, auch die nach Verletzungen bei Zangengeburt; ein anderer Teil ist unter Intoxikationen bezw. Toxinvergiftungen durch Infektionskrankheiten zu rechnen, ein dritter endlich zu Gruppe I. Der Umstand, daß bei Kindern zu dem Ausgang der geistigen Erkrankung in geistige Schwäche naturgemäß mehr oder weniger Stillstand oder Verlangsamung der Entwicklung und Unfähigkeit zu geistigem Erwerb hinzutritt, darf die Klassifikation nicht beeinflussen, darf jedenfalls nicht dazu führen, diese Endzustände von denen der Psychosen Erwachsener zu sondern und sie noch obendrein nach dem Grade der geistigen Schwäche zu unterscheiden in Idiotie und Imbezillität, was wir ja bei den Geisteskrankheiten der Erwachsenen auch nicht tun.

Wie hoch wir das Bestreben zu bewerten haben, die Psychosen in möglichst viele Unterformen nach mehr oder weniger differenten Einzelsymptomen zu sondern, dafür geben uns die Vergiftungen einen interessanten Maßstab. Bei Schwefelkohlenstoff- und Kohlenoxydgasvergiftung begegnen wir den mannigfaltigsten, klinisch differentesten Symptomenkomplexen. Auf die Gefahr hin, Ihnen Triviales zu sagen, erinnere ich an die Verschiedenheit der Reaktion auf selbst kleine Mengen Alkohol bei den verschiedenen Individuen. Diese aus individuellen Reaktionen sich ergebende, unverkennbare Beeinflussung der Klassifikation der Psychosen, erscheint mir viel wichtiger für die Normalpsychologie als für die Psychiatrie. Aber sie lehrt uns auch in letzterer, daß wir nicht ängstlich zu sein brauchen bei der Differenzierung der Unterformen. Das gilt aber nicht bloß für die Psychosen mit eindeutiger exogener Ursache, sondern auch für die endogenen Psychosen und bei diesen vielleicht in noch höherem Maße. Auch hier hängt es von der individuellen Reaktion ab, ob sich die Erkrankung mehr im Gefühlsleben oder in der assoziativen Tätigkeit oder in einer Mischung beider, ob sie sich in gleichmäßigem oder regelmäßig oder un-

*) d. h. nosologisch; der praktische Nutzen solcher Spezialanstalten soll damit nicht bestritten werden.



regelmäßig periodischem Verlauf bekundet. Daraus ergibt sich aber auch, daß wir die Unterformen der exogenen Gruppe nicht als denen der exogenen in klassifikatorischem Sinne gleichwertig ansehen dürfen. Wir können sie nur den Unterformen der nach einer bestimmten exogenen Ursache auftretenden Erkrankungen, z. B. denen nach Alkoholvergiftung, gleichsetzen.

Für die Klassifikation der Psychosen sind besonders wichtig die Übergangsformen. Es ist für die Unterformen der endogenen Psychosen kennzeichnend, daß sie an Übergangskrankheiten sehr reich sind, viel reicher als die Gruppen der exogenen Psychosen. Auch dadurch wird bewiesen, daß die endogenen Geistesstörungen in klassifikatorischer Hinsicht den Formen des exogenen Irreseins nicht gleichwertig sind, daß also z. B. eine Klassifikation nicht richtig ist, welche die Paranoia als selbständige Gruppe neben die Paralyse setzt. Die wichtigsten Symptomentypen der sogenannten funktionellen Psychosen finden wir wieder bei den exogenen Formen, die Depression, die Manie, die Paranoia, die Hemmung etc.; hier sprechen wir dann von individueller Verschiedenheit des Krankheitsbildes, folglich sind es auch dort nur individuelle Verschiedenheiten.

Den alten Begriff der funktionellen Geistesstörung können wir heute fallen lassen. Nachdem auch für die große Gruppe der Dementia praecox anatomische Veränderungen nachgewiesen sind, ist die Zahl der „funktionellen" Geisteskrankheiten erheblich zusammengeschrumpft. Was verstehen wir unter „funktionell"? Der Vergleich mit der Neuralgie ist auch hier instruktiv. Bei einseitiger Ischias konnte nach langjährigem Bestehen des Leidens wegen zufälligen Ablebens des Patienten die genaue Untersuchung des kranken und gesunden Ischiadikus stattfinden. Der Vergleich ergab nicht die Spur eines Unterschiedes. Daraus ist zum mindesten zu schließen, daß die Veränderungen bei Ischias derartige sind, daß sie durch die letalen Veränderungen vernichtet werden, und daß sie uns so lange unbekannt bleiben werden, bis wir einen lebenden neuralgischen Nerv unter dem Mikroskop untersuchen können. Andererseits kann hier folgende Erwägung Platz greifen. Wir beobachten täglich, daß bei einer Reihe von psychotischen Zuständen endogener Psychosen durch Narkotika zwar der Bewußtseinszustand, nicht aber der Bewußtseinsinhalt beeinflußt wird. Wahnideen z. B. werden geäußert, solange der Kranke noch ein Wort herausbringen kann, manische Bewegungen spielen sich beim Kranken oft noch im narkotischen Schlaf ab. Die krankhafte Nervenveränderung besteht also fort neben der Veränderung, welche das narkotische Gift hervorbringt und welche wir aus den anatomischen Befunden bei submaximaler Vergiftung kennen. Würde mit dem Begriff „funktionell" der Charakter der endogenen Psychosen oder überhaupt einer Psychose lückenlos umfaßt, so wäre zu erwarten, daß so tiefgreifende Veränderungen, wie die toxischen es sind, die spezifische krankhafte Funktion beeinflussen.

(Fortsetzung folgt.)

Über das materielle Substrat der psychischen Vorgänge.

Von *Arthur Adler*.

Nach den Versuchen von Peter (Das Zentrum für die Flimmer- und Geißelbewegung, Anat. Anzeiger, 1899) stellen bei den Flimmerzellen die in der Randschicht des Protoplasmas gelegenen Basalkörperchen das Bewegungsorgan der Flimmern vor.

Da aber den Flimmern bezw. den Geißeln nicht nur Beweglichkeit, sondern auch Tastvermögen zukommen, ist es höchstwahrscheinlich, daß die Basalkörperchen auch die Fähigkeit der Empfindung besitzen.

Nach den Ausführungen von Lenhosseks (Verhandl. d. anatom. Gesellschaft 1898) und den Beobachtungen Henneguys (Arch. d'anat. microscop. 1898) an den Spermatozyten von Bomby morix sind nun aber die Basalkörperchen identisch mit Zentrosomen, bestehen also wie diese (cf. R. Hertwig, Über Kernstruktur und ihre Bedeutung für Zellteilung und Befruchtung, Sitzungsber. d. Gesellsch. f. Morphologie u. Physiologie in München, 1888) aus Paranuklein, einem phosphorhaltigen, zum Unterschiede vom Nuklein bei der Zersetzung keine Purinbasen gebenden Eiweißkörper.

Die Art und Weise, wie die Basalkörperchen auf die Flimmern wirken, müssen wir, entsprechend dem richtenden Einflusse, welchen die Zentrosomen auf das Protoplasma ausüben, als magnetisch ansehen. Die Kraft der Flimmerbewegung würde also von der Stärke des Magnetismus der Basalkörperchen abhängen; empfunden aber dürfte gleichfalls die Intensität des magnetischen Zustands der Körperchen werden. Denn es ist anzunehmen, daß, wie beim Nerven, auch bei den Geißeln und Flimmern durch

Reizung elektrische Vorgänge ausgelöst werden, welche bis zum Basalkörperchen fortgeleitet, dessen Magnetismus beeinflussen. Die Empfindung dieser magnetischen Schwankungen durch die Basalkörperchen würde der Wahrnehmung des Reizes zur Grundlage dienen.

Wie die Basalkörperchen bei den Flimmer- und Geißelzellen, dürften die aus derselben Substanz (Paranuklein) bestehenden Zentralkörperchen bezw. echten Nucleolen*) der Ganglienzellen als Organellen für Bewegung und Empfindung zu betrachten sein.

*) Cf. R. Hertwig l. c.

Der wissenschaftliche Betrieb in den Irrenanstalten.

(Fortsetzung von Seite 263.)

8. Kgl. sächs. Oberarzt Dr. Ilberg-Großschweidnitz.

Wenn Bresler besondere Institute fordert, die für die wissenschaftliche Arbeit geeigneter Anstaltsärzte in jeder Provinz bereitgestellt werden sollen, so will er auch diesmal selbstverständlich der Sache und den Anstaltsärzten nützen. Ich halte nach wie vor die Universitätsirrenkliniken für die gegebenen wissenschaftlichen Zentralen, und ich möchte nur wünschen, daß die Beziehungen zwischen uns Anstaltsärzten und den Kliniken, denen doch — wie Bresler selbst betont — die Universitas literarum in vollem Umfang zugute kommt, noch viel innigere würden. Will sich der Anstaltsarzt, was sehr zu wünschen ist, aktiv an wissenschaftlicher Arbeit beteiligen, so soll er sich in Verbindung mit den Vertretern seines Fachs an einer Universität halten, wenn er Rat und Hilfe zu bedürfen glaubt. Der Professor, der Semester für Semester alle wesentlichen Punkte seines Fachs vorträgt, wird, wenn er der rechte Mann ist, jedem strebsamen Anstaltsarzt gern sagen, ob dieser oder jener Plan Aussicht auf Erfolg hat, ihm raten, diese oder jene Untersuchung vorzunehmen und ihn gern mit seiner Erfahrung unterstützen. Fühlung mit der Universität ist geeignet, den Besuch von Versammlungen, Lektüre und eigenes Studium wirksam zu ergänzen. Daß auch an den Irrenanstalten tonangebende Forscher und Lehrer der Psychiatrie gewirkt haben, die ebensogut wie Universitätsprofessoren ihr Fach vorwärts brachten, soll gewiß nicht in Abrede gestellt werden.

Der Staat rüstet die Universitätsinstitute jederzeit mit allem aus, was von berufener Seite verlangt wird. Es liegt nun aber kaum ein Bedürfnis vor, außerdem noch außergewöhnliche Geldaufwendungen für die Forschung der Anstaltsärzte zu verlangen. Die Mittel, die für unsere Arbeit in den Anstalten erforderlich sind, wird jede Verwaltungsbehörde gern bewilligen, wenn der Zweck richtig vorgetragen wird. Ich verkenne nicht, daß aus den Reihen der Anstaltsärzte, die ja Tag und Nacht praktisch für ihre Kranken sorgen, auch auf wissenschaftlichem Gebiete manches Tüchtige geleistet worden ist. Sehr reichlich ist das von unserer Seite Gebotene aber leider nicht. Solange die theoretische Arbeit — die nach außen in die Erscheinung tretende und die unscheinbare, stille — nicht ernster betrieben wird, als es zurzeit im Durchschnitt in den Anstalten der Fall ist, kann der Breslersche Vorschlag, Institute für die Forschungen der Anstaltsärzte zu gründen, nicht befürwortet werden. Hätte jede Provinz oder jeder kleinere Bundesstaat ein derartiges Institut, wie es Bresler vorschwebt, so könnte das ja nur einigen wenigen Auserwählten zugute kommen. Wichtiger erscheint es mir, dem ganzen Stand der Anstaltsärzte die Möglichkeit zu intensiverer Begeisterung für die Wissenschaft zu geben: Die älteren Kollegen müßten entlastet werden, um Zeit zu haben, mit den Jüngeren zusammen zu arbeiten. Gemeinsame, genaue Krankenuntersuchungen, eingehende Unterredungen über die Fachliteratur müßten überall stattfinden. Die vornehmste Aufgabe der vielbeschäftigten Direktoren muß es sein, das Interesse an jedem Zweig der Psychiatrie zu heben, statt sich allzu sehr in der Last der Verwaltungstechnik zu verlieren. Die Krankengeschichten sollten nicht nur genau geführt und dann in den Aktenschränken aufgestapelt, sondern klinisch verarbeitet werden. Klinische Psychiatrie, Nervenkrankheiten und Psychologie stellen unendliche Fragen. Die normale Hirnanatomie bedarf rüstiger Mikroskopiker, die pathologische Anatomie der Geisteskrankheiten kann nach so vielen Richtungen vertieft werden. Stoffwechsel- und Blutuntersuchungen sind ja schwierig, aber auch in diese Materie ist ein Einarbeiten möglich. — Es ist doch wahrhaftig nicht schwer, von jedem Verstorbenen ein paar Stückchen Hirnrinde nach modernen histologischen Methoden zu untersuchen und die Prä-



parate den Kollegen zu zeigen. Und wenn jeder Anstaltsarzt im Jahre zwei Bücher und vier Zeitschriftenartikel liest und im Exzerpt vorträgt, so wird für manchen Winterabend eine Fülle von Beratungsmaterial zur Verfügung stehen. Die Konferenzen werden auf ein höheres Niveau gehoben, wenn über gemeinsam untersuchte Kranke beraten wird, wenn zweifelhafte Fälle vorgestellt, wenn über zur Beobachtung Eingelieferte genau berichtet wird, nachdem die Akten zirkuliert haben und alle Kollegen ihre Beobachtung machen konnten. Dies wird den Kranken ebenso wie unserem Ansehen und unserer Selbstachtung zugute kommen! Hat der einzelne zuviel Verwaltungsdetails oder zuviel Abteilungsdienst, so muß eben ein Inspektor, ein Bureaubeamter oder ein Arzt mehr gefordert werden. Wird erst bekannt, daß der Betrieb nicht mehr so eintönig und stereotyp ist, sondern daß in den Irrenanstalten ein frischer akademischer Wind weht, so werden sich bei der jetzigen Überproduktion an Medizinern neue irrenärztliche Kräfte ganz gewiß bald finden. Vor allem müssen sich die Älteren auf dem laufenden über die mächtigen Fortschritte des Fachs halten, damit sie im Einklang mit den Universitäten wissen, worauf es ankommt, damit sie den Jüngeren Beistand leisten können und selbst schaffensfreudig bleiben, wozu der Verkehr mit denen, die eben noch an den Brüsten der alma mater hingen, erfahrungsgemäß viel beiträgt. Mühevoll, schwierig, oft unangenehm und undankbar ist die praktische Tätigkeit des Anstaltsarztes. Unerläßlich ist gerade für ihn eine ideale Auffassung seines Berufs. Über die vielfachen Misèren des Lebens in der isolierten Anstalt hilft ihm nichts so gut hinweg als wissenschaftliche Strebsamkeit — wenn möglich in kollegialer Gemeinschaft. Daß in einzelnen Anstalten Direktor und ältere Kollegen das Mögliche leisten, um zu lernen und zu lehren, weiß ich wohl. Innerhalb und außerhalb der schwarz-weiß-roten Grenzpfähle gibt es aber manche Irrenanstalt, in denen sehr zum Schaden der Neueintretenden das theoretische Moment vernachlässigt wird. Vielfach freilich fehlt es weder an gutem Willen noch an den Mitteln, sondern lediglich an der Übung und an der Zeit; hier ist der Punkt, wo Abhilfe geschafft werden muß.

Wenn nun bei dieser Sachlage der verdiente Leiter der Psych.-neurol. Wochenschrift, der unseren Stand bei den verschiedensten Gelegenheiten vorzüglich vertreten hat, für die Anstaltsärzte Institute verlangt wie etwa das neurobiologische in Berlin oder einen Teil des Senckenbergschen in Frankfurt, so kann ich, zu einer Meinungsäußerung hierüber aufgefordert, nur sagen, daß ich diese Forderung mindestens für verfrüht halte. Die großen Ausgaben dürften sich z. Z. nicht angemessen verzinsen. Sollten sich die Zustände in der oben gedachten Weise einmal gebessert haben, so findet sich wohl einmal ein Dollarkönig, der als Mäcen die psychiatrische Forschung ebenso großzügig fördert, wie es andere für die Erkenntnis der Tuberkulose oder der Krebskrankheit in wahrhaft vornehmer Weise getan haben.

Jedenfalls hat aber Breslers Aufsatz zu einer nutzbringenden Debatte Anlaß gegeben!

9. Dr. Müller, II. Arzt an St. Thomas-Andernach.

Ich kann mich im wesentlichen der Stellungnahme Kreusers zu dem Breslerschen Vorschlage der Errichtung wissenschaftlicher Zentralen anschließen.

Wenn eine maßgebende Verwaltungsbehörde vor nicht ganz Jahresfrist, nachdem sich die psychiatrischen Fortbildungskurse seit einigen Jahren bewährt haben, endlich (zwei Jahre vorher war die Besprechung dieses Punktes auf einer Direktorenkonferenz ausgesetzt worden „aus Mangel an Zeit") sich dahin äußert, daß sie „geneigt sei, die Bereitstellung von Mitteln für die Beteiligung an diesen Kursen bei der Aufstellung des nächsten Etats (bei dem dortigen Modus für 1910) in Erwägung zu ziehen", so mag man aus dieser „Geneigtheit" auf die Gegenliebe schließen, die der Breslersche Vorschlag finden wird, selbst wenn man gerne zugibt, daß die meisten Verwaltungsbehörden mehr Verständnis für den Wert rein wissenschaftlicher Bestrebungen besitzen, als die angeführte einer preußischen Provinz, die sich auch sonst durch Sonderbarkeiten in psychiatrischen Dingen auszeichnet.

Ich meine aber mit Kreuser, daß sich eine Errichtung solcher Zentralen auch erübrigt, da wir in den psychiatrischen Universitätskliniken, die ja stellenweise mit Landesanstalten verbunden, bereits genügend Zentralen haben, die Anregung verbreiten, wofern nur der Konnex mit ihnen genügend gewahrt wird. Die notwendige wissenschaftliche Arbeit wird sich im Anschluß an den praktischen Dienst leisten lassen, wenn derselbe richtig eingeteilt. In diesem Wenn dürfte das Haupthindernis für eine regere wissenschaftliche Betätigung an den Landesanstalten liegen, nicht so sehr in fehlenden Laboratorien, Bibliotheken, in „mangelnder Zeit". Der Dienst muß ärztlicher und weniger verwaltungsmäßig gestaltet werden. Bei der Eigenart des psychiatrischen Dienstes ist es ja unausbleiblich, daß alle Ärzte mehr weniger auch mit Verwaltungsangelegenheiten sich beschäftigen müssen; vielfach sind diese aber recht kleinliche, zu deren „sachgemäßer" Erledigung zwar keine akademische Vorbildung,



wohl aber oft recht viel kostbare Zeit erforderlich. Wenn — wie ich es früher anderswo erlebte — der Arzt oft mehrere Stunden wöchentlich damit zu tun hat, Bestellscheine zu schreiben auf „Ersatz von zwei zerbrochenen Korsettstangen", „ein Röllchen weißes Garn" oder „für fünf Pfennig Haaröl", wenn an einem ganzen Vormittage von fünf Stunden zwei höchstens $2^1/_2$ dem Arzte zur Verfügung stehen, an denen er wirklich ärztlich tätig sein kann, die übrige Zeit aber ausgefüllt wird durch Konferenzen und gemeinsame Visiten, bei denen selbst praktisch-ärztliche, geschweige denn wissenschaftliche Fragen eine oft lächerliche Nebenrolle spielen, dann erlahmt eben die Lust zum wissenschaftlichen Arbeiten. Viele, und nicht die schlechtesten, gehen der Psychiatrie verloren, weil sie sich der verstumpfenden Eintönigkeit eines solchen Dienstes nicht gewachsen fühlen und deshalb sich einer anderen Tätigkeit wieder zuwenden; das Gros verfällt unrettbar einer mehr oder weniger hochgradigen Anstaltsdemenz; nur die wenigsten — ganz robusten — Naturen halten aus und leisten trotzdem auch noch etwas für die Wissenschaft in eigener Arbeit, oder verstehen es als Direktoren — und dann doppelt anerkennenswert, weil der Direktor am meisten der vergiftenden Wirkung der Verwaltungsatmosphäre ausgesetzt ist —, den ihnen nachgeordneten Ärzten Anregungen zu geben und den Dienst so zu gestalten, daß auch etwas für die Wissenschaft abfällt.

Es ist dieselbe Frage, die der Einrichtung des ärztlichen Dienstes, die wie für den ärztlichen Nachwuchs, wie für die soziale Stellung des Irrenanstaltsarztes, so auch für die wissenschaftliche Betätigung von größter Bedeutung, leider an gar vielen Anstalten noch einer befriedigenden Lösung harrt. Wenn letztere allenthalben gefunden, dann wird es auch um die Wissenschaft an den Landesanstalten besser bestellt sein.

Ob die Erwähnung wissenschaftlicher Arbeiten in den Jahresberichten geeignet ist, die Behörden zur Bewilligung weiterer Mittel geneigt zu machen, will ich dahingestellt sein lassen; mehr würde man meines Erachtens erreichen, wenn den Behörden von allen aus einer Anstalt hervorgegangenen Arbeiten jeweils ein oder mehrere Separatabzüge übersandt würden, je nach Bedarf mit den „nötigen Erläuterungen" versehen.

Mitteilungen.

— **Privatdozent Dr. Kölpin †.** Privatdozent Dr. Kölpin in Bonn ist am 23. Dez. 1909 auf tief tragische Weise ums Leben gekommen. Er wollte mit seiner jungen Frau, mit der er sich erst im August vermählt hatte, Weihnachten bei seinen Eltern in seiner norddeutschen Heimat verbringen, und ist bei dem Zusammenstoß des Köln—Hamburger D-Zuges mit einem Güterzug bei Scheessel bei Bremen tödlich verunglückt. Seine Frau wurde leicht verletzt. Dr. Kölpin hatte in einem der beiden vorderen Wagen des D-Zuges gesessen, die mit der Lokomotive auf den Schluß des Güterzugs, da die Eingangsweiche ungangbar geworden war, aufliefen und zertrümmert wurden.

Herr Dr. Otto Kölpin war am 3. Januar 1876 in Barth in Pommern geboren, er hätte also vor wenigen Tagen sein 34. Lebensjahr vollendet. Er hat das Gymnasium in Putbus und die Universität in Greifswald und München besucht, im Sommersemester 1897 promoviert und, nachdem er inzwischen Assistenzarzt in Breslau bei Wernicke und in Greifswald bei Arndt und A. Westphal gewesen war, am 14. Januar 1904 sich an der heimatlichen Universität für Psychiatrie habilitiert. Von Greifswald wurde er im Wintersemester 1906 nach Bonn übernommen. Gleichzeitig war er hier Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Sein Hauptarbeitsgebiet war die pathologische Anatomie des Zentralnervensystems, außerdem hat er über Paralyse, Melancholie und nervöse Störungen nach Unfällen gearbeitet. Viele Hoffnungen und Erwartungen wurden mit ihm ins Grab gesenkt.

— **Bonn.** Vom 24. April bis 14. Mai 1910 findet in Bonn der neunte Bonner Fortbildungskursus für Hilfsschullehrer statt.

Die Leiter des Kursus sind Rektor Lessenich, Leiter der Hilfsschule in Bonn, Dr. Lückerath, Oberarzt der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt, und San.-Rat Prof. Dr. F. A. Schmidt, Schularzt der Hilfsschule.

Außerdem sind für Vorträge gewonnen Herr Kreis- und Stadtschulinspektor Dr. Baedorf und Herr Dr. Bühler, Privatdozent der Philosophie an der Universität Bonn.

Die Vorträge — teils theoretisch, teils praktisch — behandeln die Organisation der Hilfsschule, ihren Lehrplan, experimentelle Pädagogik, Handfertigkeitsunterricht, Sprachbildung und Sprachstörung, Sprach-

heilkursus, Schulgesundheitspflege, Körperpflege, Anatomie und Physiologie des Nervensystems, die verschiedenen Formen des angeborenen Schwachsinns, Psychologie des Kindes und pädagogische Pathologie und experimentelle pädagogische Übungen.

Anmeldungen sind an Herrn Rektor Lessenich-Bonn zu richten.

— **Prag**. Über die psychiatrische Klinik der hiesigen Universität ist von den deutschen und tschechischen ärztlichen Standesorganisationen wegen Nichtbewilligung der Gehaltsforderungen der Assistenzärzte der Boykott verhängt worden. Die Assistenzärzte haben zu Neujahr gekündigt. — Nach einer Mitteilung vom 31. XII. 09 wurden die Forderungen der Assistenzärzte der Psychiatrischen Klinik bewilligt. Der von den deutschen und tschechischen ärztlichen Standesorganisationen über die Klinik verhängte Boykott wurde hierauf aufgehoben.

Referate.

— Strümpell, Nervosität und Erziehung. Ein Vortrag. Leipzig, Vogel, 1908. 34 S.

Interessanter populärer Vortrag, der namentlich die Nervosität der Kinder behandelt und ihre Therapie durch eine rationelle Erziehung. Näcke.

— Gowers, Das Grenzgebiet der Epilepsie. Deutsch übersetzt von Schweizer. Leipzig, Wien, Deuticke, 1908. 116 S. 3 M.

Verf. behandelt klar an der Hand vieler Beispiele die Ohnmachten, die „vagalen" und vaso-vagalen Anfälle, den Vertigo, die Migräne und einige Schlafsymptome, wie das nächtliche Aufschrecken, den Somnambulismus etc. Die Differentialdiagnose ist ausgezeichnet, die Therapie vielleicht etwas zu optimistisch dargestellt. Man sieht, wie schwer das Grenzgebiet der Epilepsie zu beurteilen ist. Die Übersetzung riecht leider sehr nach dem Originale!

Näcke.

— Bing, Robert, Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik. 190 Seiten. Verlag: Urban & Schwarzenberg. (Ref. v. Wieg-Wickenthal, Wien.)

Das Erscheinen des vorliegenden Werkes, das in einfacher, klarer und leicht faßbarer, hauptsächlich „dem Bedürfnisse des Nichtspezialisten angepaßter Form", alles für den Kliniker Wissenswerte darstellt, muß auf das freudigste begrüßt werden. Es füllt zweifelsohne eine früher vorhanden gewesene Lücke in der neurologischen Literatur aus, da es auch demjenigen, der weniger auf dem schwierigen Gebiete der feineren Anatomie des Zentralnervensystems bewandert ist, es ermöglicht, sich in kurzer Zeit einen Überblick über das in Betracht kommende Wissensgebiet zu verschaffen und sich so in den Stand zu setzen, am Krankenbette auch anatomisch denken zu können. Das ganze Werk enthält zwei Hauptabschnitte: die topische Diagnostik der Rückenmarksläsionen und die topische Diagnostik der Hirnläsionen. In dem Abschnitte über die Rückenmarksläsionen werden in einzelnen Kapiteln kurz und leicht verständlich die Topographie der Rückenmarksbahnen, die Apparate der spinalen Sensibilität, Motilität, Trophizität und Vasomotilität besprochen, hernach die lokalisatorische Bedeutung der Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen sowie der Kombinationen beider abgehandelt und schließlich die Grundprinzipien zur Höhendiagnostik zusammengefaßt. Die Erläuterung des Brown Séquardschen Symptomenkomplexes ist geradezu mustergültig in der Einfachheit und Klarheit der Form. Besondere Zeichnungen und Tafeln, wodurch die Segmentinnervationen im Rückenmark veranschaulicht werden, erleichtern ungemein das Studium der betreffenden Kapitel. Die Besprechung der Kriterien hochsitzender und tiefsitzender (Cauda equina) Rückenmarksaffektionen beschließen das erste Hauptstück des Werkes.

Womöglich noch treffender ist die topische Diagnostik der Hirnläsionen (zweiter Abschnitt) abgehandelt. Wieder muß hier auf die guten erläuternden Bilder zum Verständnis des Aufbaues des Hirnstammes sowie auf die klare präzise Diktion des Verfassers, der den ganzen Gegenstand eben meisterhaft überblickt, hingewiesen werden. Das Kapitel über die Semiologie der Hirnstammnerven scheint dem Referenten geradezu unübertroffen glänzend bearbeitet. In keinem Buch kann man auf so engem Raume soviel anatomisch Wissenswertes vereint finden. Die Besprechung der Läsionen des Großhirns in den Stammganglien beschließen die äußerst verdienstvolle Arbeit. Die Aphasielehre ist natürlich bei dem Grundgedanken zu dem vorliegenden Werke nur ganz kurz skizziert, was den Fachmann nicht wundernehmen wird, nachdem gerade dieses Gebiet eigentlich wieder ein Spezialwissen voraussetzt, das sich der Einzelne nur durch eingehendes Studium der einschlägigen Fachliteratur und selbständiges Arbeiten nach und nach im Laufe von vielen Jahren aneignen kann. Im ganzen muß das Werk des Verfassers jedem, der in der Neuropathologie sich gediegenes anatomisches Wissen, soweit er es für die Klinik braucht, aneignen will, wärmstens und bestens empfohlen werden, aber auch der Fachmann wird einzelne Kapitel nicht ohne Genuß und innere Befriedigung lesen.

— Urstein, D. M., Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein. Eine klinische Studie. 372 S. Verlag: Urban & Schwarzenberg. (Ref.: v. Wieg-Wickenthal, Wien-Steinhof.)

Der Zweck der vorliegenden verdienstvollen klinischen Arbeit ist nach des Verfassers eigenen Worten der, an der Hand einer reichen Kasuistik zu zeigen, „daß die zirkuläre Psychose in der Form wie sie heute charakterisiert wird, nichts Einheitliches darstellt und eine Verlaufsform der Dementia praecox sein kann." Die manisch-depressiven Psychosen werden nach Ansicht des Verfassers viel zu häufig in den großen „Sammeltopf" des manisch-depressiven Irreseins geworfen, ohne der durch klinische Erfahrung erhärteten Tatsache zu gedenken, daß derartige in manisch-depressiven Schüben verlaufende, in den einzelnen Attacken zu relativer oder temporär vollkommener Heilung führende Psychosen oft noch

nach jahrzehntelangem Verlaufe bei einer neuerlichen Attacke zu katatoner Verblödung führen können, womit eben die Zugehörigkeit derartiger Geisteskrankheiten zur Dementia praecox-Gruppe klar erwiesen sei, da Verfasser wohl mit Recht für das rein manisch-depressive Irresein das Ausbleiben einer Verblödung als conditio sine qua non postuliert. Die groß angelegte Arbeit behandelt in einem mehr allgemeinen Teile die Frühformen der Dementia praecox, die sogenannten katatonen Anfälle, die Verfasser nicht nur dort antraf, wo eine erbliche Belastung nachgewiesen werden konnte (epileptische, psychogene kurz dauernde stuporöse Anfälle), weiter die Spätkatatonien, wobei Verfasser in den Krankengeschichten häufig präsenilen Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn vorfand; endlich werden in diesem ersten Teil der Arbeit der Einfluß des Klimakteriums auf die Psychose, die Beziehungen zwischen Senium und Dementia praecox und die Endzustände der Kraepelinschen Psychose kurz besprochen. Der Abschnitt über die Symptomatologie, Differentialdiagnose und Prognose ist sehr reichhaltig und läßt die feine Beobachtungsfähigkeit des Verfassers erkennen. Er stellt im wesentlichen die depressive, manische, deliriöse, paranoide und katatone Verlaufsform der Dementia praecox auf. Die intrapsychische Ataxie und die katatonen Züge sind dem Verfasser die Hauptsymptome einer Dementia praecox. Die Einzelheiten insbesondere über die Differentialdiagnose gegen Amentia und manisch-depressivem Irresein müssen im Original nachgelesen werden. Verf. unterscheidet strenge bei dem Symptom der intrapsychischen Hemmung das objektive Vorhandensein desselben von einer nur subjektiven Hemmung. Eine psychomotorische Hemmung letzterer Art sei den Dementia praecox-Fällen eigen; in keinem Falle, der mit Depression einsetzt und zu katatoner Verblödung geführt hatte, war die Hemmung objektiv festzustellen. Hierin liegt nach Ansicht des Verfassers zugleich das wichtigste differentialdiagnostische Moment gegenüber dem manisch-depressiven Irresein. Bei Bewertung manisch-depressiver und katatoner Züge in einem bestimmten Krankheitsfalle will Verf. immer den katatonen den unbedingten Vorzug vor den manisch-depressiven geben. „Manisch-depressive Anfälle, die als Vorläufer oder Nachstadien katatoner Zustände auftreten, bez. zirkuläre Symptomenkomplexe, die gleichzeitig mit katatonen zur Entwicklung kommen, sind eigentümliche Äußerungen der Katatonie." Eine ausführliche Kasuistik beschließt die wertvolle Arbeit. — Verfasser gibt im Vorworte ganz offen zu, daß er unbekümmert um die neueste Literatur in der Dementia praecox-Frage auf eigenem Wege zu bestimmten Resultaten kommen wollte; um so mehr freut es dem Referenten, in vielen der vom Verfasser vertretenen Anschauungen (so z. B. über die intermittierende manisch-depressive Verlaufsform, über die amente Form der Dementia praecox) den Grundtenor dessen zu finden, was Referent in seiner Arbeit „zur Klinik der Dem. praecox" (Marhold) ebenfalls unabhängig von der Fachliteratur seinerzeit niedergelegt hatte.

Personalnachrichten.

— **Wien-Steinhof.** Prof. Dr. A. Pilcz schied am 1. Januar 1910 aus seiner Stellung am Sanatorium der n. ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalt „am Steinhof" aus und siedelte nach Wien über, um sich ganz seiner Tätigkeit an der Universität widmen zu können. An seine Stelle trat Primararzt Dr. Berze, der die Funktion des Direktor-Stellvertreter der n. ö. Landesanstalten „am Steinhof" beibehält.

— **London.** Hofrat Prof. Dr. Obersteiner-Wien, Prof. Dr. Kraepelin-München und Direktor A. Moreira-Rio (Brasilien) wurden zu Ehrenmitgliedern, Prof. Dr. A. Pilcz-Wien zum korrespondierenden Mitglied der Medico-psychological Association von Großbritannien und Irland erwählt.

— **Friedrichsberg** b. Hamburg. Dr. med. Georg Friedrich Wilhelm Heinrich Glüh ist am 1. Januar hier als Assistenzarzt eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 898.

Nr. 43. 15. Januar **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Zum 75jährigen Bestehen der Irrenpflegeanstalt St. Thomas zu Andernach am Rhein. Von Direktor Dr. Weichelt. (S. 375.) — Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen. Von Dr. Bresler, Lublinitz. (Fortsetzung.) (S. 380.) — Referate. (S. 382.) — Personalnachrichten. (S. 382.)

Zum 75jährigen Bestehen der Irrenpflegeanstalt St. Thomas zu Andernach am Rhein.

Von Direktor Dr. *Weichelt.*

Am 21. Januar 1910 sind es $7^1/_2$ Dezennien, daß der „Irrenaufbewahrungsanstalt" St. Thomas zu Andernach die ersten Kranken zugeführt wurden. Über die Gründe, die zur Errichtung der Anstalt führten, heißt es in alten Akten: „Nachdem in der Errichtung der Irrenanstalt zu Siegburg eine Institution ins Leben gerufen worden war, wodurch auch dem unvermögenden Geisteskranken die Wohltat eines Heilversuches zuteil werden konnte, wurde von der Kgl. Regierung zu Coblenz dem vorhandenen Bedürfnisse entsprechend beschlossen, eine Bewahranstalt zu errichten, in welche alle die als unheilbar aus der Irrenanstalt zu Siegburg entlassenen und als gemeingefährlich und sittengefährlich bezeichneten, sowie sonstige von einem Arzte als geisteskrank und unheilbar erklärten Personen, welche sich oder anderen gefährlich werden konnten oder durch ihr Betragen die Sittlichkeit auf eine grobe Art beleidigten, Aufnahme finden sollten." Zu diesem Zwecke kaufte die Kgl. Regierung das der Witwe Nebel gehörige ehemalige Klostergut St. Thomas mit neun Morgen Land für 15500 Taler, welcher Ankauf durch Verfügung des Kgl. Ministeriums vom 19. Dezember 1831 genehmigt wurde.

Die Ankaufs- und Einrichtungskosten betrugen bis Ende 1834 . . . . 34189 Tlr.

Dieser Betrag wurde aufgebracht durch

1. den auf Grund des französischen Dekrets vom 5. Juni 1808 von den Gemeinden der linken Rheinseite zur Errichtung eines Bettlerdepots aufgebrachten Fond, „worüber eine Einigung nicht erzielt werden konnte", mit . . . . 16289 „
2. den Dispositionsfond der Brandversicherungskasse des Regierungsbezirkes Coblenz mit . . . . 4930 Tlr.
3. von den Gemeinden rechter Rheinseite aufgebracht . . . . 9457 „
4. von den Gemeinden linker Rheinseite 3513 „

Alle nachträglich aufzubringenden baulichen und sonstigen Kosten der Anstalt wurden gemeinsam geleistet.

Am 1. September 1832 konstituierte sich die aus drei Deputierten der Kreise Coblenz, Mayen und Neuwied bestehende provisorische Verwaltungskommission, und am 5. Juni 1835, nachdem durch Ministerialreskript vom 29. November 1834 verfügt werden war, daß auch die Kreisstände der übrigen neun Kreise gehört werden sollten und Deputierte zu wählen hätten, traten die gewählten Deputierten der Kreise des Regierungsbezirks Coblenz, mit Ausnahme der Kreise Kreuznach und Simmern, welche erst später dem Unternehmen beitraten, in St. Thomas zu einer Versammlung zusammen behufs definitiver Konstituierung der Irrenbewahranstalt St. Thomas. Die Bestimmung der Anstalt wurde festgelegt: „Die Anstalt ist zur Aufbewahrung solcher Irren des hiesigen Regierungsbezirkes bestimmt, deren Heilung nach dem Gutachten kompetenter Ärzte nicht zu erwarten steht, und welche wegen Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Moralität in einem freien Zustande nicht belassen werden können." Ferner wurde bestimmt: „Alle Generalunkosten der Anstalt werden zu $^2/_3$ nach der Grundsteuer und zu $^1/_3$ auf die Bevölkerung der assoziierten Kreise verteilt. Die speziellen Verpflegungskosten werden von



denjenigen Kreisen erhoben, denen die Kranken angehören. Die speziell beteiligten Gemeinden dürfen hierbei von den Kreisen mit höchstens 30 Talern pro Jahr herangezogen werden, damit nicht durch zu hohe Steigerung des Gemeindebeitrages die Aufnahme armer Kranker unverhältnismäßig erschwert werde." Die Normalzahl der in die Anstalt aufzunehmenden Kranken wurde auf 40 festgesetzt; die Aufnahme-Verfügung hatte die Kgl. Regierung zu Coblenz zu treffen.

Vom Jahre 1894 ab erhielt St. Thomas einen in der Anstalt wohnenden Anstaltsarzt, dessen Dienstanweisung ihn wenigstens in der Behandlung und Beschäftigung der Kranken und in der Verwendung des Personals unabhängig vom Verwalter machte. Der Arzt ist Mitglied des Kuratoriums.

Im Dezember 1899 übernahm ich die Stelle des leitenden Arztes von St. Thomas, war sonst vollkommen selbständig, hatte aber mit dem Kassenwesen gar nichts zu tun. Die Erledigung der finanziellen Angelegenheiten stand damals dem Vorsitzenden des Kuratoriums zu. Mit vieler Mühe setzte ich es durch, daß mir die Rechnungen wenigstens zur Einsicht vorgelegt wurden. Schließlich war es recht gut so; denn ich fand vorerst genug zu tun als Arzt. Es hat wohl selten jemand einen derartig abschreckenden Eindruck empfangen, wie ich ihn erhielt, als ich zum ersten Male durch die Anstalt ging, im November 1899. Es fehlte einfach an allem. Der Speisezettel hatte in den letzten zwanzig Jahren keine wesentliche Änderung erfahren, die Kranken erhielten das Fleisch ungeteilt, nahmen es in die Finger und bissen ab; Blechteller und Löffel auf ungedecktem Tisch; keine Andeutung einer sachgemäßen psychiatrischen Behandlung, die Unreinlichen, in einer Abteilung zusammengelegt, blieben naß, wenn sie sich verunreinigt hatten, und lagen am Boden und in den Ecken herum, ich mußte damals in den Räumen buchstäblich über Pfützen schreiten; die Erregten wurden tage-, ja wochen- und monatelang isoliert, die Produkte dieser Behandlung mußten allmählich wieder zu Menschen gemacht werden. Besonders die Frauenseite war voll von Ungeziefer in Betten und auf den

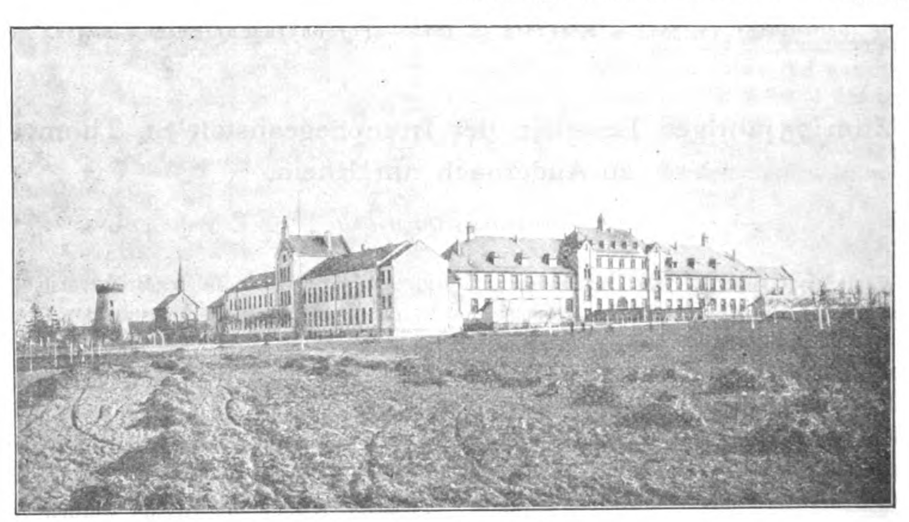


Abb. 1.

Die Zahl von 40 Plätzen erwies sich bald als ungenügend, bereits 1841 mußte ein neuer Flügel angebaut werden; fernere Erweiterungen fanden statt 1846/47, 1853, 1866/67 und 1892/93. Im Jahre 1848 hatte die Anstalt bereits 100 Insassen, 1860 deren 200 und 1874 war die Zahl auf 300 gestiegen. Die Leitung der Anstalt lag in den Händen eines Verwalters, welcher ziemlich unumschränkter Herrscher war und auch über „lärmende, tätliche oder ungehorsame Irre auf der Stelle Strafen verhängen konnte". Die ärztliche Versorgung der Kranken war nebenamtlich einem der in Andernach ansässigen praktischen Ärzte übertragen, die Remuneration für diese Tätigkeit betrug im Jahre 1894 noch ganze 900 M. Im Jahre 1884 wurden mit einem Statut der Anstalt durch Allerhöchste Ordre vom 26. Mai die Rechte der juristischen Person verliehen.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes vom 11. Juli 1891 wurde mit der Provinzialverwaltung ein Abkommen getroffen, daß die Anstalt zur weiteren Unterbringung orts- und landarmer Kranker gegen einen zu vereinbarenden Pflegesatz zur Verfügung bleiben solle.

Köpfen. Und dazu ein Personal: roh, ungebildet und unter aller Würde bezahlt — der älteste Pfleger mit etwa 30 jähriger Dienstzeit erhielt monatlich 35 M. Lohn —, Mißhandlungen der Kranken und Trunkenheit im Dienst an der Tagesordnung. Kein Bestand in den Magazinen, die Wäsche verschlissen,

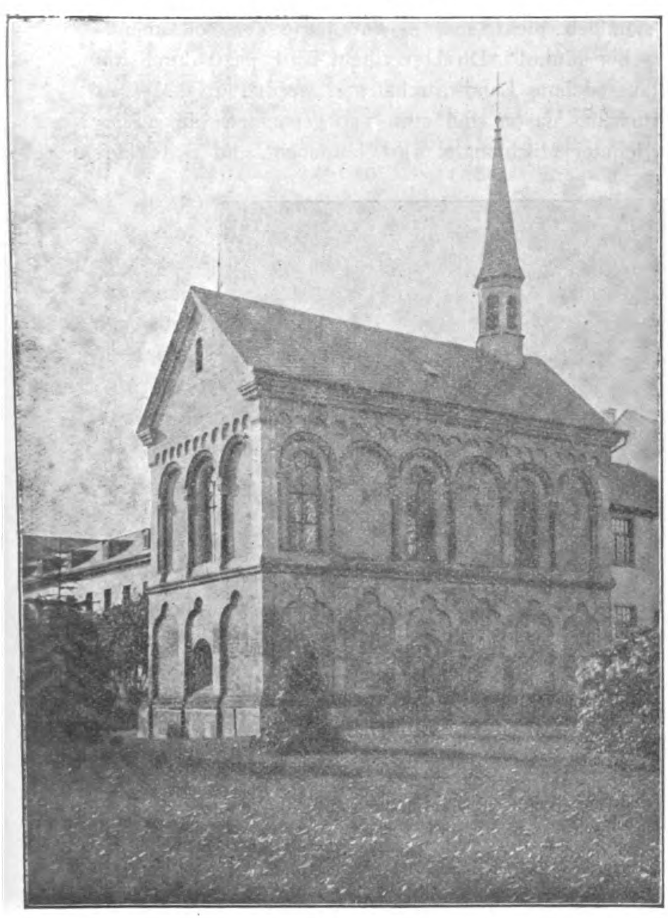


Abb. 2.

die Gebäude vernachlässigt, bei 300 Kranken vier Badewannen. Und bei all diesem Elend wiesen die Abrechnungen über die vorhergehenden Jahre stets recht stattliche Überschüsse auf! Eine nähere Beschäftigung mit dem Kassenwesen von St. Thomas ergab denn auch die ganze Hohlheit desselben, zeigte, wie alljährlich Rechnungen auf das nächste Jahr übernommen worden waren, um ein günstiges Abrechnungsergebnis zu erzielen, wie an der Beköstigung und speziellen Pflege der Kranken und zweitens an der Unterhaltung der Gebäude und des Inventars gespart worden war. In den letzten drei Jahren vor meinem Dienstantritt wurden an der Kost 16500 M. gespart, der Titel „Reinigung" (350 Menschen) wurde mit 469 bis 629 M. bestritten, und so fanden sich überall die Ersparnisse am unrechten Orte; des Anscheines vorzüglicher Ergebnisse halber hatte man die Anstalt im Schmutz verkommen lassen.

Bei meinem Dienstantritte war man im Begriffe, die noch offene Seite des Rechteckes, welches St. Thomas bildet, durch einen Neubau zu verschließen, Fundamente und Erdgeschoß waren fertiggestellt; in der Mitte des so gebildeten Rechteckes war eine Kochküche im Bau, Gesamtpreis 300000 M., durch Anleihe bei der Landesbank gedeckt. Dieser Krankenhausneubau für 150 Plätze, so verfehlt seine Lage und Einteilung ist, bietet wenigstens Luft und Licht. Er ist mit Niederdruckdampfheizung versehen. Eine gänzlich ungenügende Anlage ist aber die Kochküche; abgesehen von ihrer unglücklichen Lage in der Mitte der ganzen Anstalt ist ihre Einrichtung recht mangelhaft. Kein Keller, völlig ungenügende Nebenräume, Senkingkessel freilich, aber zu wenig und jeder für sich mit Kohlen zu heizen. Eine Waschküche, was wir jetzt darunter verstehen, existierte überhaupt nicht; in einem Anbau der Frauenabteilung war ein großer Raum mit einer Anzahl großer Holzbottiche ausgestattet, zwei kleine Kessel zum Kochen vervollständigten die Einrichtung der Wäscherei, also nur Handbetrieb. Im Keller eines anderen Frauenflügels war ein fünfteiliger Kulissenapparat vorhanden, daneben ein Bügelzimmer, das war alles. Die Krankenräume machten durchweg einen düsteren, gefängnisartigen Eindruck, das durchgeführte Korridorsystem gestattete nur ungenügende Ventilation, besonders der direkt nach Norden gelegenen Männerseite. Die Klosetts ohne Spülung mündeten in Gruben, welche auf sehr primitive Weise entleert wurden; und so ging das weiter, überall Schmutz und üble Gerüche!

Was standen gegenüber den durch diese Mißstände bedingten sehr hohen Anforderungen für Mittel zu Gebote? Die Anstalt gehört den Kreisen des Regierungsbezirks Coblenz, diese kommen ihren Verpflichtungen gegenüber ihren Geisteskranken durch Zahlung ihres Pflegegeldbeitrages an die Provinzialverwaltung nach, diese wiederum zahlt für die in St. Thomas untergebrachten Kranken den vereinbarten Pflegesatz an die Anstalt; zur Zahlung eines Zuschusses war also niemand verpflichtet, wir waren auf uns selbst angewiesen. Es begann also, wie wohl gesagt werden kann, der Kampf um die Existenz der Anstalt. Nachdem ich es bei der Kgl. Regierung erreicht hatte, daß ein anderer Vorsitzender des Kuratoriums gewählt — die Regierung ernannte dazu den Landrat des Kreises Mayen — und mir auch die Kassenverwaltung übertragen wurde, also die ge-

samte innere Verwaltung der Anstalt in meiner Hand vereinigt worden war, stellten sich sehr bald die Folgen der früheren finanziellen Mißwirtschaft heraus, es ergab sich ein Defizit von 36000 M. Das war im Jahre 1903; es war in finanzieller Hinsicht wohl das härteste Jahr. Das Defizit mußte notgedrungen durch Anleihe gedeckt werden, deren Auszahlung sich etwas verzögerte. Wir kamen in drückendste Geldnot, so daß ich am Anfange des einen Quartales auf Auszahlung meines Gehaltes verzichten mußte, um das Pflegepersonal wenigstens teilweise befriedigen zu können.

und da nennenswerte Einkünfte aus Vermögen oder Grundbesitz nicht vorhanden, auf unser Verdienst. Die Möglichkeit für letzteres mußte überhaupt erst geschaffen werden, bis dahin war St. Thomas nur melkende Kuh für alle, die mit ihm zu tun hatten. Die einzelnen Etappen dieser Entwicklung kann ich nicht alle angeben, Rückschläge blieben selbstverständlich nicht aus, es war harte Zeit voll unendlicher Mühe! Direkt verdient wird jetzt durch die ausgedehnte Landwirtschaft; es werden 125 Morgen bebaut, davon sind etwa 110 gepachtet, ein ausgedehnter Milchhandel wird betrieben, und Schweinezucht ist jetzt auch eingerichtet. In der Anstalt selbst wurde die Aufnahmemöglichkeit von Pensionären weiter ausgebildet, Plätze für Kranke höherer Klassen dem Bedarf entsprechend geschaffen. Geld wird gespart, also indirekt verdient, dadurch, daß alles selbst angefertigt wird, Weißzeug, Kleider, Schuhe, Matratzen, Eisenbettstellen, Möbel; kurz alles, was sich in Handwerkstätten fertigstellen läßt. Eine Dütenkleberei, für zwei größere Papierfirmen arbeitend, bringt gleichfalls einen nicht unerheblichen jährlichen Gewinn, und eine eigene Schlächterei bedingt auch jährlich nicht unwesentliche Ersparnisse, ganz abgesehen davon, daß wir bessere Qualität geben können als früher, da wir noch von Lieferungen eines auf seinen Vorteil bedachten Metzgers abhängig waren.

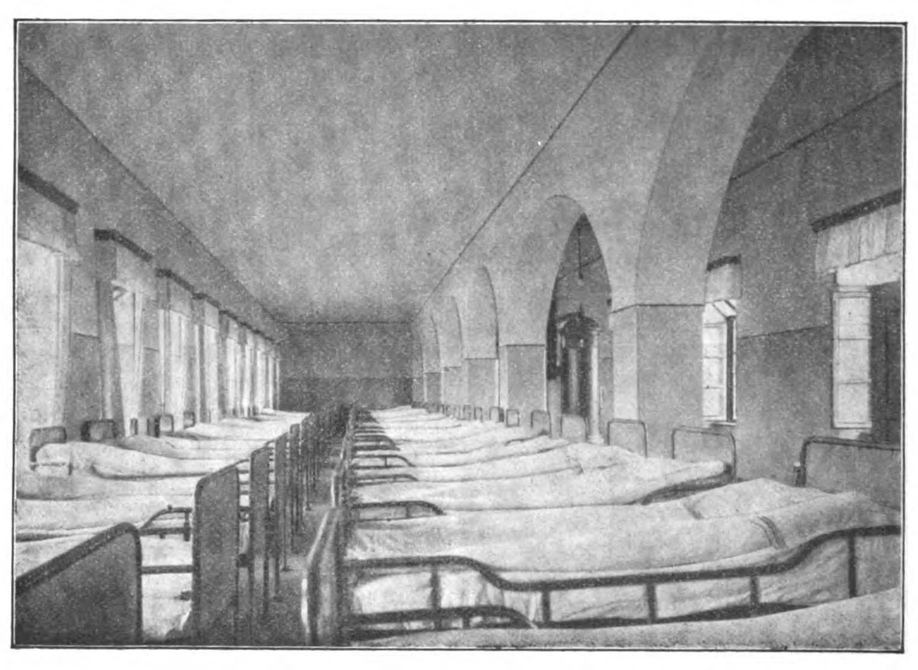


Abb. 3.

Und bei dieser Finanzmisere noch der Kampf gegen Unredlichkeit und Eigennutz, Selbstüberhebung, bösen Willen und passiven Widerstand, hervorgegangen aus Gewohnheiten aus der seligen Zeit des allmächtigen Verwalters. Der Kampf wurde von den Beamten und Angestellten, gegen die ich vorgehen mußte, mit der denkbarsten Rücksichtslosigkeit bis zur Beschimpfung der persönlichen Ehre geführt. Aber gefaßt wurden sie doch, der eine von den Beamten wanderte wegen Kassendefektes ins Gefängnis; der andere wurde so vom Amte entfernt; das Personal erfuhr gleichfalls eine durchgreifende Erneuerung.

Wie oben dargelegt, waren wir angewiesen auf die Pflegegelder, welche die Provinzialverwaltung für die in St. Thomas untergebrachten Kranken zahlte,

Das sind unsere hauptsächlichsten Erwerbsquellen;

was haben sie uns eingebracht? Das ergibt sich aus folgender Tabelle, welche die Zahlen der betreffenden Jahresrechnungen enthält.

Jahr	Gesamteinnahme M.	Pflegegelder für Orts- und Landarme M.	Pflegegelder für Pensionäre M.	Sonstige Einnahmen M.
1903	206 560	172 385	28 630	5 545
1904	217 594	181 202	26 267	10 125
1905	233 410	185 741	28 287	19 382
1906	236 539	192 100	26 826	17 613
1907	250 786	208 030	26 584	16 172
1908	282 020	226 650	31 288	24 082

Zu vorstehender Tabelle wird bemerkt, daß die Steigerung der für orts- und landarme Kranke gezahlten Pflegegelder entspricht einmal der allmählichen Erhöhung des Pflegesatzes von 1,20 M. auf 1,30 M. pro Kopf und Tag, und der Vermehrung der für diese Kranken zur Verfügung gestellten Plätze. Die Zahl der in der Anstalt verpflegten Kranken beträgt jetzt 530 gegen 300 im Jahre 1900; die rheinische Provinzialverwaltung versorgt in St. Thomas 500 Pfleglinge.

Mit diesen Geldern wurde, selbstverständlich abgesehen von den laufenden Kosten, folgendes geleistet:

1. Landwirtschaft: Ein Schweinestall für vierzig Schweine wurde erbaut und belegt, 33 Kühe und zehn Ochsen angekauft und um diese Zahl der Viehstand vermehrt, das Ackergerät ganz neu beschafft und eine ganze Anzahl von landwirtschaftlichen Maschinen angekauft. An Ackerland wurden erworben 1 ha 7,18 ar zum Preise von 17 720 M. und etwa 110 Morgen angepachtet, so daß wir jetzt unsern gesamten Bedarf an Gemüse und Kartoffeln selbst ziehen, ebenso die zur Viehfütterung nötige Menge an Futterrüben. Eine neue große Scheune und ein Schweinezuchtstall für 16 Sauen ist diesen Sommer noch fertiggestellt worden.

2. In der Anstalt selbst konnten folgende Neueinrichtungen und Verbesserungen getroffen werden: Alle Holzbetten wurden durch selbstgefertigte eiserne Bettstellen mit Spiralmatratze ersetzt, die fehlenden Roßhaarmatratzen und Kopfkeile wurden größtenteils angefertigt, ganz konnte der Bedarf freilich noch nicht gedeckt werden; das überall in Gebrauch befindliche Blechgeschirr wurde durch solches von Porzellan resp. Papiermaché ersetzt. In der ganzen Anstalt wurde ein Netz von Feuerlöschhydranten angelegt, die Wasserleitung vervollständigt, Spülklosetts in sämtlichen Abteilungen eingerichtet und damit zugleich die ganze Anstalt kanalisiert und an den städtischen Abwässerkanal angeschlossen. Heißwasserleitung wurde in alle Abteilungen gelegt, die Bäder ganz neu und in ausreichender Zahl hergerichtet und speziell für die Feld- und Gartenarbeiter ein Brausebad eingerichtet. Sämtliche Zellen wurden durch Wegbruch der Zwischenmauern zu Zimmern und Sälen umgewandelt und schließlich in den beiden letzten Jahren überall in den alten Bauten die Mauern zwischen Aufenthaltsräumen und Korridoren entfernt, so daß große, luftige, gut durchventilierbare Räume entstanden sind; neue Waschtischeinrichtungen und große Zirkulationsmantelöfen wurden überall installiert; als unvorhergesehene kostspielige Beigabe trat zu diesen Arbeiten in den letzten beiden Jahren noch die Notwendigkeit, fast sämtliche Räume mit neuen Fußböden versehen und die Decken ganz neu herrichten zu müssen. Die Neueinrichtung sämtlicher Werkstätten mit Beschaffung der notwendigen Maschinen, sowie einer eigenen Metzgerei nebst ausreichendem Eiskeller möge noch erwähnt werden. Sehr hart kam uns an, gerade in den Zeiten bitterster Not, die als unaufschieblich erkannte recht kostspielige, gründliche Renovierung der alten, aus dem elften Jahrhundert stammenden Anstaltskapelle, des letzten Restes des alten Klosters; jetzt ist sie ein kleines Schmuckkästchen.

3. Die Beamten und Angestellten, die ganz ungenügend bezahlt waren, wurden in ihren Einkommensverhältnissen den entsprechenden Beamten der Provinzialverwaltung gleichgestellt; für die Beamten wurde auch noch Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung eingerichtet durch Gründung einer eigenen Kasse.

Über diese vorstehend geschilderten Leistungen hinaus haben wir auch noch Ersparnisse erzielt, so daß wir jetzt im Jahre 1909 endlich an den Bau einer neuen Waschküche mit Maschinenhaus herantreten konnten. Freilich müssen wir zu diesem Zwecke noch 80000 M. Anleihe aufnehmen, so daß die durch die Verzinsung der für Herstellung des Krankenhausneubaues, der Kochküche und des Rinderstalles im Jahre 1899 aufgenommenen und der 1903 zur Deckung des Defizits notwendigen Anleihe hervorgerufene Belastung des Etats von rund 15 500 M. abermals nicht unerheblich wird vermehrt werden müssen. Diese Waschküche ist jetzt im Bau, das Maschinenhaus gleichfalls. Letzteres ist in seinen Dimensionen so gehalten, daß es für spätere auch erweiterte Ansprüche — bei Erbauung einer neuen Kochküche und Einrichtung elektrischer Beleuchtung für die ganze Anstalt — genügen wird. Eine eigene Wasserversorgung der Anstalt wird jetzt mit eingerichtet, da wir an die



Stadt unverhältnismäßig hohe Abgaben für Deckung unseres Wasserbedarfs leisten müssen.

In nunmehr zehnjähriger emsiger Arbeit ist es gelungen, die gänzlich verwahrloste Anstalt wenigstens den sanitätspolizeilichen Anforderungen genügend herzustellen. Vieles ist noch der Besserung bedürftig, das ist selbstverständlich, und doch muß mancher Wunsch noch unausgesprochen bleiben, soviel Nötiges hinter noch Nötigerem zurückstehen, des leidigen Geldes wegen. Denn nur was uns zusteht, erhalten wir, auf Zuschuß haben wir von keiner Seite zu rechnen, den müssen wir uns selbst erst erwerben und verdienen. Durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 wurde der Anstalt die Beihilfe der beteiligten Kreise entzogen; das war der Rückhalt der Anstalt, mit seinem Wegfall mußten die verfügbaren Mittel unzulänglich werden. Die erreichte, ja recht erfreuliche Besserung der Verhältnisse darf deshalb nicht Veranlassung werden zur Selbsttäuschung über die noch zu erwartenden Schwierigkeiten.

Zum Schluß sei es mir noch gestattet, dankbar derer zu gedenken, welche mitgewirkt haben an der Umgestaltung der Verhältnisse in St. Thomas. Es sind die Mitglieder des Kuratoriums, insbesondere der jetzt infolge Versetzung von Mayen nach Düren ausgeschiedene Vorsitzende, der Kgl. Landrat Herr Kesselkaul. Mit klarem Blick für das, was Not war, und regem Eifer waren sie stets bemüht zu raten und zu helfen, damit unser altes St. Thomas erhalten bliebe. Möge es auch fernerhin gelingen!

Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen.

Referat, erstattet in der Sektion Psychiatrie des XVI. internationalen medizinischen Kongresses zu Budapest, 29. August bis 4. September 1909, fertiggestellt am 15. Januar 1909.

Von Dr. *Bresler*, Lublinitz.

(Fortsetzung.)

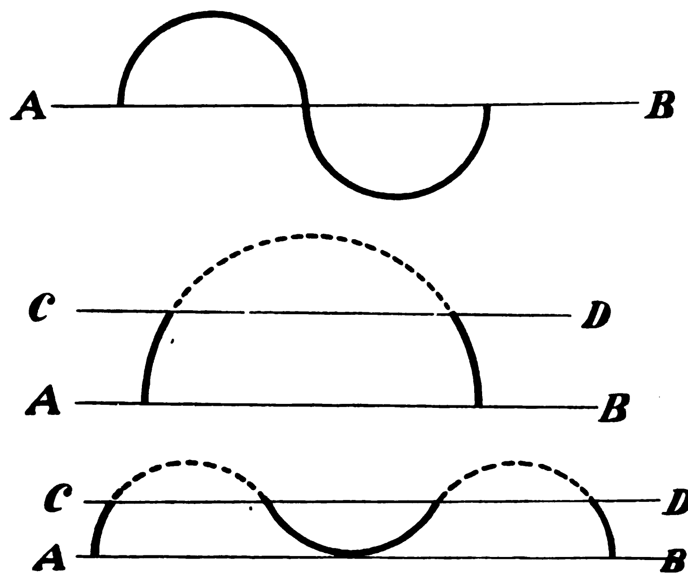
Meiner Einteilung liegt die ätiologische Tendenz neben der synthetischen zugrunde. Gewiß vermögen wir nach ätiologischen Gesichtspunkten noch keine befriedigende Klassifikation zu geben, aber sie sind meines Erachtens diejenigen, welche an erster Stelle stehen und welche wir auch für die Zukunft als leitend gelten lassen müssen. Bei der symptomatologischen Einteilung wird immer der subjektive Faktor über die Bewertung der einzelnen Symptome mitreden und zur Uneinigkeit führen. Der Verlauf kann deshalb nicht entscheidend bleiben, weil er oft individuell verschieden ist; bei einem verläuft die Krankheit schnell, beim andern langsam, der eine neigt zu Rezidiven, der andere nicht; die Periodizität ist nur Eigenheit einer einzigen Gruppe und kommt nicht in Betracht für die Klassifikation. Die Heilbarkeit, d. h. die spontane Heilung, läßt sich erst recht nicht als Einteilungsprinzip verwerten, denn die Prognose ist ein noch viel dunkleres Gebiet als die Ätiologie. Dementia praecox-Fälle heilen. Lucus a non lucendo! Die Amentia heilt bei dem einen, bei dem andern nicht. Und wenn wir unter Heilbarkeit auch die künstliche Heilung noch mitverstehen, so kann uns morgen die Entdeckung eines Heilmittels zwingen, Gruppen, die wir bisher mit Rücksicht auf den Ausgang in Demenz als charakteristisch unheilbare klassifiziert haben, nunmehr anders unterzubringen. Die ätiologische Einteilung ist wissenschaftlich und praktisch die wertvollste; soweit sie noch nicht eine ideale ist, muß sie uns wenigstens als erstrebenswertes Ziel vorschweben. Die symptomatologische Einteilung ist allerdings bequemer als die ätiologische; sie legt bezüglich der Behandlung des Falles keine Verbindlichkeiten auf; ob der Fall zu dieser oder jener Symptomengruppe gehört, darüber entschließt man sich leicht, weil bei der großen Zahl der symptomatologischen Klassifikationen sich bald eine Gruppe findet, in welche sich der Fall endlich doch einreihen läßt. Die Unterbringung eines Falles nach ätiologischen Gesichtspunkten erfordert viel anamnestische Arbeit.

Die ätiologische Klassifikation ist derjenige Weg, der zu einer einheitlichen Bezeichnung der Psychosen führt. Wir finden schon bei der Betrachtung der jetzigen Klassifikationen, daß Einheitlichkeit bereits dort herrscht, wo die Ursache bekannt ist, daß aber die Meinungsverschiedenheit gerade bei den Psychosen mit unbekannter Ursache obwaltet.

Zu den einzelnen Untergruppen habe ich folgendes zu bemerken. Die Melancholie und Manie fallen als selbständige Formen weg. Was man als akute Melancholie und akute Manie aufzuführen gewöhnt ist, rechne ich zur Amentia, die je nach individueller Veranlagung des Kranken und nach dem Grade der Erkrankung in melancholischer oder manischer Gestalt oder unter dem Bilde halluzinatorischer Ver-



worrenheit oder akuter Paranoia in Erscheinung treten kann. Vergegenwärtigen wir uns, daß der Verlauf dieser Formen ein weitgehend übereinstimmender ist, daß zur Annahme einer Intoxikation die größte Berechtigung vorliegt; erinnern wir uns dabei ferner an die enorme Verschiedenartigkeit der Erkrankungsgrade z. B. bei Typhus, so werden wir diese Synthese keine gewaltsame und willkürliche nennen dürfen. Es bleiben nun für die endogenen Psychosen:



a) Die konstitutionelle Depression in ihrer chronischen, periodischen und zirkulären Abart. Einen großen Teil davon bilden die Fälle des zirkulären Irreseins. Ich räume ihnen wie auch den periodischen Manien keine selbständige Stellung ein. Denn erstens sind die typischen Fälle die weniger zahlreichen, zweitens erkenne ich den manischen Symptomenkomplex als selbständig primäre Erkrankung nicht an, vor allem aber nicht als eine Krankheit oder einen Symptomenkomplex, der den „Gegensatz“ zur Depression bildet. Als ein solcher Gegensatz zur Depression wird die Manie gewöhnlich veranschaulicht, indem man in der vorstehenden graphischen Darstellung die Kurve über der Linie als manische, die unter der Linie als melancholische bezeichnet, als ob gewissermaßen an dem Schnittpunkte die Linie des Normalen im Verlauf der Erkrankung überschritten würde. Der nicht selten auf der Höhe der Depression, also nicht nach Passieren eines gesunden Stadiums, plötzlich einsetzende manische Komplex ist ein Zeichen dafür, daß im Gehirnmechanismus plötzlich alle oder gewisse Hemmungsapparate, die zuvor in krankhaft intensiver Weise funktioniert hatten, ausgeschaltet sind. Die Krankheit dauert dabei weiter und die Verlaufskurven lassen sich daher so zeichnen, wie ich es in b wiedergebe. Die Linie C D bedeutet die Grenze, bei deren Überschreiten die Hemmungen und Assoziationen plötzlich gelöst und durchbrochen werden. Der Verlauf oberhalb dieser Grenze ist durch eine punktierte Linie bezeichnet, welche also bedeutet, daß die Krankheit jetzt in einem manischen Symptomenkomplex verläuft, welcher der Kurve oberhalb der Linie in der ersten Figur entspricht. So ist es auch bei den scheinbar selbständigen, primären periodischen Manien; es sind Erkrankungen von primärer depressiver Natur, bei denen wohl infolge individueller Anlage die Schranke C D leichter erreichbar und leichter überschritten ist. Wenn wir bedenken, daß es sich um Degenerationspsychosen handelt, so wird uns die Bedeutung des individuellen Faktors dabei recht verständlich. Solche Erkrankungen dürften also die nachstehende graphische Darstellung (c) finden.

Die konstitutionellen Depressionen haben nach zwei Richtungen Verwandte. Das eine ist die Paranoia, das andere die epileptische Psychose.

b) Die Paranoia ist die konstitutionelle Depression in einem spezifisch gearteten Gehirn. Sie wird heute für eine seltene Krankheit gehalten, nachdem ein großer Teil der Fälle als „paranoid“ bei der Dementia praecox untergebracht worden ist. Man ist darin aber zu weit gegangen; man hat frühzeitig beginnende Paranoia irrtümlich zur Dementia praecox gerechnet. Daß die Paranoia der konstitutionellen Depression stammverwandt ist, wird gegenwärtig nicht bezweifelt, nachdem die Bedeutung des Affekts bei der Paranoia von so verschiedenen Seiten klargestellt worden ist. Ich möchte hinzufügen, daß hinter dem Größenwahn der Paranoia ein manisches Element verborgen steckt. Dafür sprechen die zahlreich vorkommenden Grenzfälle zwischen konstitutioneller Depression mit manischem Einschlag einerseits und zwischen Paranoia andererseits, ferner der häufige plötzliche Ausbruch der Größenideen unter Euphorie und motorischen Symptomen bei Paranoia. Mit derselben Notwendigkeit, mit welcher sich in dem spezifisch gearteten Paranoikergehirn die Depression zum Verfolgungswahn entwickelt, führt bei ihm der manische Zustand zum Größenwahn. Die Theorie von der logischen Entwicklung des Größenwahns aus dem Verfolgungswahn will mir nicht recht einleuchten. Die Paranoia-Fälle mit anscheinend primärem Größenwahn widersprechen meiner Behauptung von der Grundlage eines manischen Elements bei letzterem nicht.



c) Die andere Verwandte ist, wie gesagt, die epileptische Psychose. Die Brücke bilden die merkwürdigen Fälle leichterer periodischer Verstimmung bei Personen, welche nur höchst selten Anfälle haben oder früher einmal hatten, ferner die Fälle schwerer periodischer Depression mit Verworrenheit oder mit manischem Einschlag, die sich fast gar nicht von ebensolchen Störungen bei Epileptischen unterscheiden.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Cramer-Göttingen, Prof. Dr. A., Die Ursachen der Nervosität und ihre Bekämpfung. (Ref.: v. Wieg-Wickenthal, Wien.)

Verf. unterscheidet in dem Sammelbegriff Nervosität die eigentliche Neurasthenie, die endogene Nervosität (degenerative Neurasthenie) und die Hysterie. Es werden nun die Ursachen der Nervosität besprochen von dem Leitsatz ausgehend, daß „der Mensch in seiner individuellen Widerstandsfähigkeit gegen schädigende Einflüsse sich ebenso verschieden verhält wie in seinem Aussehen". Verf. unterscheidet exogene und endogene (ererbt, angeboren) Schädlichkeiten. Die Deszendenz aller jener Individuen, die zur Zeit der Zeugung ihrer Nachkommen einer Kachexie verfallen waren (Lues, Tbc., Alkohol, Malaria) ist immer minderwertig. Als exogene Ursachen der Nervosität werden nun die auf unseren modernen allgemeinen Lebensgewohnheiten beruhenden Schädlichkeiten angeführt und in geistreicher Weise näher erläutert und besprochen. Das wichtigste Postulat für die Erhaltung gesunder Nerven ist Ruhe. Ungenügender Schlaf, Überbürdung in der Schule, zu strenge Erziehung, krankmachende Personen und Bücher, verkehrte Ansichten bezüglich der sexuellen Fragen, erschwerter Kampf ums Dasein im allgemeinen, akute und chronische Giftwirkungen, schwere Traumen seien die hauptsächlichsten exogenen Ursachen zur Züchtung von Nervosität. Die nähere Ausführung all dieser Fragen wäre im Original nachzulesen. Zum Schlusse wird erläutert, wie diese krankmachenden Ursachen zur Wirkung gelangen und was zur Bekämpfung der Nervosität getan werden sollte.

Personalnachrichten.

— **Schleswig.** Dr. med. Hans Schultze aus Kröpelin i. Mecklenburg ist am 1. Januar d. Js. als Assistenzarzt hier eingetreten.

— **Bergquell-Frauendorf bei Stettin.** Geh. Sanitätsrat Dr. W. Zenker, Kreisphysikus a. D., Leiter und Besitzer der Privatanstalt für Nerven- und Geisteskranke Bergquell-Frauendorf i. Pom. ist am 3. Dezember 1909 gestorben.

„Diplosal, ein neues Salicylpräparat" von Stabsarzt Dr. Schulze in Stargard i. P. — (Fortschritte der Medizin 1909, Nr. 33.)

Stabsarzt Dr. Schulze hat mit Diplosal bei akutem Gelenkrheumatismus sehr gute Erfolge gehabt, die ihn zu einer Mitteilung veranlaßten, obwohl seine Beobachtungen nur einige Fälle im Garnisonlazarett Stargard i. P. umfassen Das Diplosal bewirkte ohne Ausnahme ein schnelles Zurückgehen der Krankheitserscheinungen, Sinken des Fiebers und eine günstige Einwirkung auf die Schmerzen. Als besonders wichtig bezeichnet der Autor das Ausbleiben des lästigen Schweißausbruches, der beim Aspirin und Natr. salicylic regelmäßig eintritt. Störungen von seiten des Darmkanals, ferner Ohrensausen, Herzklopfen, Nasenbluten, wurden nicht beobachtet, auch konnte Eiweiß im Harn nicht nachgewiesen werden. Von besonderem Interesse ist ein hartnäckiger Fall, bei dem Diplosal erfolgreich und ohne subjektive Beschwerden angewandt worden ist, nachdem Salicylsäure mit Natr. bicarbon. wie auch Aspirin wegen Herzerscheinungen, Nasenbluten und Schwindelgefühl nicht vertragen wurden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 44. 22. Januar **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Über die Bedenken gegen eine gemeinsame Aktion. Von Dr. Lomer, Blankenhain bei Weimar. (S. 383.) — Der wissenschaftliche Betrieb in den Irrenanstalten. (S. 385.) — Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen. Von Dr. Bresler, Lublinitz. (Schluß.) (S. 386.) — Mitteilungen. Deutsche Irrenanstalten in Wort und Bild. IV. Internationaler Kongreß der Fürsorge für Geisteskranke. (S. 388.) — Referate. (S. 389.)

Über die Bedenken gegen eine gemeinsame Aktion.

Von Dr. *Lomer*, Blankenhain bei Weimar.

In seinem Aufsatz „Abwehr“*) unterzieht von Kunowski-Leubus u. a. meinen jüngst hier gemachten Vorschlag, durch Schaffung eines psychiatrischen Preßbureaus den zahlreichen, unserem Stande geltenden Angriffen wirksamer als bisher zu begegnen, einer Besprechung. Da seine Kritik im ganzen negativ ausgefallen ist, indem v. K. meinen Vorschlag en bloc ablehnen zu müssen glaubt, ist es gewiß gerechtfertigt, wenn ich mich in dieser Sache noch einmal zum Worte melde.

v. Kunowski geht von dem bewährten Satze aus, daß die beste Deckung der Hieb sei, und verspricht sich „deshalb nicht eben viel von Entgegnungen auf verleumderische Angriffe und Richtigstellungen in Zeitungen und Broschüren“. Man befindet sich da, sagt er, „in einer undankbaren Verteidigungsstellung gegenüber einem Gegner, der seine Angriffe fortwährend wiederholen kann. Nur wenn eine angesehene Tageszeitung eine handgreifliche Unwahrheit weitergibt, kann eine kurze Berichtigung am Platze sein.“ Im übrigen verspricht sich v. K. von einer eifrigeren populär-schriftstellerischen Tätigkeit der Irrenärzte besseren Erfolg als von anderen Maßnahmen. Hierzu gestatte ich mir folgendes zu bemerken:

Was mir seinerzeit die Feder in die Hand drückte, war ja gerade die — nicht nur von mir gemachte — Wahrnehmung, daß Richtigstellungen in der Presse oder im Klagewege seitens vieler Psychiater — wenn überhaupt — nur in sehr lauer Weise angestrebt und bewirkt wurden, daß vollends die Bekämpfung und Richtigstellung jener zahlreichen Broschüren, die seit langem — fruchtbar wie Hafer auf Weizenland — auf gegnerischem Acker wachsen, bis dato gänzlich unzulänglich geblieben ist. Wer über die Ausdehnung dieses gemeingefährlichen Unfugs noch im Zweifel war, den konnte der kürzlich hier erschienene Aufsatz von Beyer*) in ausgiebiger Weise aufklären.

Wie setzt sich nun v. Kunowski mit diesen Leuten auseinander? — Wie sucht er den Satz, daß der Hieb die beste Deckung sei, ins Praktische zu übersetzen?

„Anklageschriften und Enthüllungen von Kranken“, so schreibt er, „werden in der Tat am besten in der bisherigen Weise beantwortet, nämlich durch Veröffentlichung des Aktenmaterials in einer wissenschaftlichen Zeitschrift. Wirklich ernst zu nehmende Gegner des Irrenwesens können gegebenenfalls leicht auf diese Veröffentlichungen hingewiesen oder mit Sonderabdrücken bedacht werden.“

Hier liegt, wie mir scheint, der wunde Punkt der Kunowskischen Ausführungen. Es muß m. E. durchaus bezweifelt werden, daß eine Veröffentlichung des Aktenmaterials in wissenschaftlichen Zeitschriften uns hier jemals zum Ziele führen kann. Diese Zeitschriften haben — im Vergleich zur Tagespresse — einen so beschränkten Leserkreis, sie sind als überhaupt in Frage kommende Quellen — leider! — so wenigen bekannt, daß ihr Einfluß im ganzen nur gering veranschlagt werden darf. Und wer sollte es übernehmen, die Öffentlichkeit auf diese Quellen hinzuweisen!?

Die öffentliche Meinung — und sie ist unser hauptsächlicher Gegner — speist sich nun einmal aus den Tagesblättern verschiedenster Observanz, und wer auf sie Einfluß gewinnen will, wird nicht umhin können, sich der ihrem Wesen adäquaten Methoden

*) Nr. 36, 1909 dieser Zeitschrift.

*) Nr. 31, 1909.



zu bedienen. Das von v. Kunowski vorgeschlagene Verfahren dagegen — sowohl was die schriftstellerische Aufklärungsarbeit als auch was die Nutzbarmachung wissenschaftlicher Zeitschriften betrifft — ist, weit entfernt ein scharfer Hieb zu sein, vielmehr ein Festhalten an unzureichender Taktik; eine Beschränkung auf halbe Maßnahmen.

Wenn ich trotzdem der Überzeugung bin, daß der Standpunkt v. K.s von nicht wenigen Kollegen so oder so geteilt wird, so glaube ich dafür gewisse äußere Umstände im psychiatrischen Dasein verantwortlich machen zu müssen, die zweifellos geeignet sind, die Einleitung einer wirklich wirksamen Abwehraktion bedenklich zu erschweren, und gut und gern einmal erwähnt werden können.

Warum u. a. weist v. Kunowski das Mittel einer Preßzentrale zurück? — Die andere Form der Abwehr erscheint ihm „würdiger und zweckmäßiger, als wenn das Material einem Preßbureau übergeben und von diesem zu Entgegnungen in der Tagespresse benutzt wird". „Ein Hinabsteigen in diese Arena" — ich glaube, hier drückt der Grund der Ablehnung sich am klarsten aus — „führt nur zu endlosem und unfruchtbarem Gezänk, bei dem der Verleumder regelmäßig mehr Glauben findet als der Angegriffene."

Was hier zum Worte kommt, das ist, wie mir scheint, nicht allein der Zweifel an der Zweckmäßigkeit des Vorschlages, sondern nicht zum wenigsten auch die typische Abgeneigtheit des deutschen Beamten, mit der Presse als solcher sich näher einzulassen. Es soll hier nicht über die — berechtigten oder unberechtigten — Gründe dieser nun einmal vorhandenen Abneigung gestritten werden. Sicher ist auf alle Fälle, daß sie — wenigstens in diesem Umfange — heute nicht mehr zeitgemäß ist und gerade in unserem Falle schwerlich auf die Dauer praktisch aufrecht erhalten werden kann. Die Presse ist heute viel zu innig mit allen Fragen des öffentlichen Lebens verquickt, als daß gerade hier ihre wertvolle aktive Mithilfe entbehrt werden könnte; denn schließlich, welche Frage wäre öffentlich wichtiger als die Irrenfrage!

Das haben unsere Gegner auch sehr früh erkannt. Sie überschütten das Land mit einer Flut gehässiger Broschüren, Flugblätter, Petitionen usw. und haben sich zweifellos längst daran gewöhnt, die Ehre unseres Standes, der sich auch die gröbsten Anwürfe ruhig gefallen läßt, als quantité négligeable zu betrachten. — Wir aber streben unentwegt einem falschen Ideale von „Vornehmheit" nach und fürchten uns die Finger zu beschmutzen, wenn es endlich einmal fest zugreifen heißt. Wie lange soll das noch dauern!

v. Kunowski hat darum auch unzweifelhaft recht, wenn er an anderer Stelle, offenbar etwas im Widerspruch mit sich selbst, betont, daß die Psychiater, besonders die Anstaltsärzte, sich heute noch viel zu wenig an die breitere Öffentlichkeit wenden. Er macht auch den bemerkenswerten Vorschlag, daß sich die regionären psychiatrischen Vereine einmal gründlicher dieser Aufklärung annehmen sollten — bisher ist von dieser Seite fast nichts geschehen! —, und weist, wie mir scheint, sehr mit Recht darauf hin, daß selbst „in Ärztekreisen noch vielfach laienhafte Anschauungen über das Wesen der Psychosen, über Ätiologie, psychische Beeinflußbarkeit des Ablaufs, Wertung von Äußerungen der Patienten zu finden sind. Ebenso teilen auch Ärzte noch öfter die Scheu vor der Anstalt, raten zu spät zur Anstaltsbehandlung und glauben sich noch obendrein wegen dieses Rates entschuldigen zu müssen."

Ich kannte selbst einen praktischen Arzt, der — obwohl selbst vorübergehend im Irrendienste tätig — von der Irrenanstalt immer nur verächtlich als vom „Trallkasten" sprach.

Das sind gewiß grobe Rückständigkeiten, deren Bekämpfung und Ausmerzung zur wichtigsten Kleinarbeit in der Lösung unserer Frage gehört.

Wenn ich neben alledem und trotz alledem glaube, meinen Vorschlag betr. Gründung einer Zentralstelle aufrecht erhalten zu müssen, so geschieht dies in der Erwägung, daß die Erfolge einer Gegenaktion m. E. um so besser ausfallen müssen, je größer die Gemeinschaft ist, welche den jeweilig Angegriffenen deckt oder für ihn eintritt. Es seien hier nur die Erfolge des Leipziger Wirtschaftlichen Verbandes in Parallele gesetzt, dem doch auch im Anfang der Skeptizismus, ja die ausgesprochene Abneigung mancher Kollegen entgegenstand!

Die regionären Psychiatervereine, mit ihrer doch meist relativ geringen Mitgliederzahl, würden da hinter dem „Deutschen Verein für Psychiatrie" zweifellos zurückstehen müssen. Dieses Übergewicht der größeren Gesamtheit würde auch besonders in solchen Fällen von Vorteil sein, wo es sich um die Beschreitung des Klageweges handelt.

v. Kunowskis Befürchtung, daß eine solche Einrichtung nur zu Bagatellklagen und zu Freisprechungen führen würde, teile ich nicht. Mit Bagatellangelegenheiten dürfte sich eine den ganzen Stand vertretende Zentralstelle eben nicht befassen, sondern nur mit Fällen von wirklich ernster Bedeu-

tung für Ruf und Selbstachtung der psychiatrischen Gesamtheit.

v. Kunowski spricht sich dabei auch dahin aus, daß gerade im Irrenwesen die Richter ganz überwiegend vollständige Laien und daher mit deren Unkenntnis, Mißtrauen und Vorurteilen behaftet seien, daß daher jede Klage ein großes Risiko enthalte. — Daran ist sicher viel Wahres. Ich glaube aber doch darauf hinweisen zu müssen, daß diese Fremdheit der Juristen gegenüber psychiatrischen Dingen sichtlich mehr und mehr im Schwinden begriffen ist und vielerorts sogar einem weitgehenden Entgegenkommen, einer Anpassung an psychiatrische Anschauungen Platz gemacht hat. Einer Anpassung, die freilich vorläufig nur regionär und keineswegs juristisches Allgemeingut ist, sich aber gewiß unter dem Einfluß fortschrittlicher juristischer Führer wie v. Liszt u. a. auch im orthodoxen Lager allmählich Geltung verschaffen wird.

Wir Psychiater sollten — in unserem eigenen Interesse — alles tun, um diesen Entwicklungsprozeß zu beschleunigen; und dazu gehört, daß wir nicht ängstlich zögern, wenn es gilt Klage zu erheben, sondern daß wir gerade den Juristen gegenüber für unser gutes Recht nachdrücklich eintreten.

Freilich: klar und nach jeder Richtung einwandsfrei müssen die Fälle sein, deren sich die Gesamtheit des Standes annehmen soll; sei es nun, daß die Zentrale selbst die Einleitung berichtigender oder prozessualer Schritte unternimmt, sei es, daß sie sich darauf beschränkt, auf den betreffenden Kollegen einen moralischen Druck in dieser oder jener Richtung auszuüben.

Dieses und manches andere zu regeln, wäre — angenommen, daß die Idee sich durchsetzt — Sache späterer Debatten.

Der wissenschaftliche Betrieb in den Irrenanstalten.

(Schluß; cf. p. 370.)

10. K. k. Regierungsrat Direktor Dr. H. Schlöß, Wien, „am Steinhof".

Im Drange der Geschäfte komme ich erst heute dazu, zu Ihrer Arbeit „Der wissenschaftliche Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten" in kurzer Ausführung Stellung zu nehmen. Sie fragen, ob es recht sei, daß die Landesanstalten auf wichtigen, vielversprechenden Gebieten ihrer Fachwissenschaft, wie Stoffwechseluntersuchungen, Blutforschungen, Mikroskopie usw. die Rolle des Zuschauers übernehmen, der nur empfängt, aber nicht gibt. Ich sage mit Ihnen, daß diese Tatsache durchaus nicht recht ist, aber sie ist vorhanden und wird auch nicht aus der Welt geschafft, wenn, wie dies in den n.-ö. Landesanstalten geschehen ist, überall Laboratorien mit allen möglichen Behelfen errichtet werden, und wenn diese Laboratorien auch in munifizentester Weise von den Behörden dotiert sind.

Im Jahre 1902 wurde in Niederösterreich die Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling eröffnet. Es wurde in dieser Anstalt für die Anlage und für die Einrichtung eines gehirnanatomischen und eines bakteriologischen Laboratoriums Vorsorge getroffen, die Räume wurden mit den entsprechenden Behelfen versehen, ein Röntgeninstrumentarium wurde eingestellt, ein photographisches Atelier eingerichtet.

In noch viel weitgehenderem Maße wurde in den neuen Anstalten „Am Steinhof" auf alle wissenschaftlichen Bestrebungen Rücksicht genommen. Neben den Prosekturräumen im Leichenhause wurde eine Flucht von Zimmern einzig und allein für Laboratoriumszwecke bestimmt und aufs reichste mit allen erdenklichen und kostspieligen Instrumenten und Einrichtungsgegenständen für anatomische, chemische und bakteriologische Zwecke ausgestattet. Außer diesen Zentrallaboratorien wurde bei jeder der vier Kanzleien der Abteilungsvorstände ein Handlaboratorium eingerichtet. Die Ausstattung dieser Räume hat ein Vermögen gekostet, obwohl ein Teil des Instrumentariums der aufgelassenen Wiener Landesirrenanstalt für die hiesigen Laboratorien übernommen wurde. Für den wissenschaftlichen Betrieb ist jährlich eine Summe von 5000 K., also gewiß ein ansehnlicher Betrag, ins Anstaltsbudget eingestellt.

Wenn man aber von dem Vorhandensein der auf solche Weise geschaffenen günstigen Vorbedingungen für wissenschaftliche Arbeiten der Anstaltsärzte den Schluß ziehen wollte, daß sich die letzteren auch bewogen fühlen würden, die Gelegenheit zu wissenschaftlicher Arbeit auszunützen, so würde man einen groben Irrtum begehen. Mit Ausnahme einer einzigen kleinen Arbeit eines Assistenzarztes der hiesigen Anstalten über einen Fall von Hypophysentumor ist, wenn man von einigen anatomischen Demonstrationen meinerseits im Vereine für Psychiatrie und Neurologie in Wien absieht, meines Wissens weder aus den Labora-



torien Mauer-Öhlings noch aus denen des Steinhofs eine Arbeit publiziert worden.

Ich kann es mir nicht versagen, hier jener Zeiten zu gedenken, in welchen aus dem primitiv eingerichteten Laboratorium der ehemaligen Landes-Irrenanstalt in Wien hervorragende wissenschaftliche Arbeiten hervorgegangen sind. Wer das stattliche Verzeichnis der aus dieser aufgelassenen Anstalt publizierten Werke und Abhandlungen liest*), der wird zur Erkenntnis kommen, daß den damaligen jungen Ärzten — manche von ihnen wirken gegenwärtig noch in unseren Landesanstalten in höherer Stellung — das Streben zu wissenschaftlicher Arbeit innewohnte, obwohl sie nur höchst bescheidene Behelfe zur Verfügung hatten.

Diese Tatsache, der Unlust zu wissenschaftlichen Arbeiten der jüngeren Generation von Anstaltsärzten gegenübergestellt, läßt mich zu der Ansicht kommen, daß bei vorhandenem Arbeitswillen jeder Anstaltsarzt etwas schaffen kann, wenn ihm auch nur mäßige Behelfe zur Verfügung stehen, während anderseits die schönsten Laboratorien verwaist bleiben, wenn ein Eifer zu wissenschaftlicher Betätigung nicht existiert.

*) Siehe Psych.-neur. Wochenschrift vom 8. Oktober 1907.

Sie können, sehr geehrter Herr Kollege, aus dem Angeführten entnehmen, welche Stellung ich zu Ihrem Vorschlage einnehme.

Sind bei Ihnen die Verhältnisse in bezug auf wissenschaftliches Streben der Anstaltsärzte und Lust zu spezialfachlicher Arbeit nicht höher zu werten als hier, so werden sich derartige Anstalten nicht bewähren. Ich gehe dabei ganz über jene Schwierigkeiten hinweg, welche die Bestellung mindestens zweier Ärzte, welche diesen Instituten vorstehen sollen, die Beurlaubung von Anstaltsärzten zu lediglich wissenschaftlicher Arbeit, die Kontrolle derselben usw. verursachen würde. So warm mithin die Errichtung von wissenschaftlichen Zentralanstalten in Ihrem Sinne im Interesse unserer Wissenschaft zu begrüßen wäre, so glaube ich doch, daß bei den gegenwärtigen Verhältnissen, vorausgesetzt, daß nicht den Ärzten Ihres Heimatlandes ein ganz anderer Geist innewohnt als der hiesigen jüngeren Generation, eine Belebung des wissenschaftlichen Eifers in den Anstalten durch Schaffung von wissenschaftlichen Zentralanstalten zweifelhaft erscheint, und daß der administrativen Durchführung vielerorts große Schwierigkeiten entgegenstehen dürften.

Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen.

Referat, erstattet in der Sektion Psychiatrie des XVI. internationalen medizinischen Kongresses zu Budapest, 29. August bis 4. September 1909, fertiggestellt am 15. Januar 1909.

Von Dr. *Bresler*, Lublinitz.

(Schluß.)

d) Bei der Hysterie ist nicht gedacht an Psychosen mit hysterischen Zügen, sondern an die spezifische Charakterveränderung der Hysterischen und die spezifischen hysterischen Geistesstörungen, die allerdings, wie die Geistesstörungen unter c, größtenteils unter den Begriff von Zustandsbildern mannigfacher Art fallen (Dämmerzustände, ekstatische Zustände, Verworrenheit usf.).

e) Zu einer letzten Unterabteilung seien die „Psychopathischen Minderwertigkeiten" zusammengefaßt, nämlich 1. die Zwangstriebe, 2. die Zwangsvorstellungen, 3. das moralische Irresein, 4. andere endogene, psychopathische Minderwertigkeiten. Erstere sind den konstitutionellen Depressionen, die Zwangsvorstellungen der Paranoia näher verwandt. Wir wissen, daß den krankhaften Trieben oft Depressionen zugrunde liegen, ja daß sie wie letztere oft periodisch auftreten. Den Zwangsvorstellungen liegen ebenfalls oft Depressionen zugrunde, aber diese Depressionen strahlen hier nicht in das motorische, sondern in das assoziative Gebiet aus. Der Unterschied beruht auch hier auf der Verschiedenheit der persönlichen Anlage bei den Erkrankenden. Die sexuellen Psychopathen verteilen sich auf diese beiden Arten, gehören aber vorwiegend zu ersteren.

Das moralische Irresein bietet der Klassifikation größere Schwierigkeiten. Manche wollen ja diesen Begriff überhaupt nicht gelten lassen. Der Ätiologie und klinischen Verwandtschaft nach gehören die meisten Fälle gewiß unter Gruppe I; es sei nur auf die Ähnlichkeit mancher Fälle mit periodischer Geistesstörung und auf die häufige Kombination mit Epilepsie hingewiesen. Fälle nichtendogener Ätiologie müssen eben bei Gruppe II und III untergebracht werden.

Zu I e) 4 dürfte eine große Zahl von Imbezillen und Debilen zu rechnen sein.

Die Gruppe II bietet weniger Schwierigkeiten.



Zahlreiche Fälle von Idiotie und Imbezillität sind hierher zu klassifizieren als Endzustände von infantilen fieberhaften Erkrankungen. Daß der Amentia toxische Schädlichkeiten zugrunde liegen, wird heute allgemein anerkannt, wenn auch die Ursachen im einzelnen noch nicht bekannt sind. Daß die akute Melancholie, Manie und Paranoia hierher gehören, bemerkte ich schon. Von den alkoholischen Störungen gehört hierher nicht die einfache Trunksucht; sie ist ebenso wie der Morphinismus und Kokainismus zu I e) zu rechnen, weil das Wesentliche und Primäre die Sucht (von Siechen!) ist, die Intoxikation dagegen auslösendes und aggravierendes Moment. Die Dementia praecox fasse ich nicht in dem jetzt üblichen sehr weiten Sinne auf, sondern mehr in dem Sinne Morels des Älteren, Schüles und anderer, doch rechne ich die Hebephrenie und Katatonie hinzu. Man geht namentlich in der Zurechnung von Paranoia-Fällen zur Dementia praecox, wie ich schon bemerkte, zu weit. Die Meinung, daß die paranoide Form der Dementia praecox in der Spätpubertät einsetzt, trifft zwar in gewissem Umfange zu, ist aber dadurch auf Irrwege geleitet worden, daß man zuviel Fälle unter den Begriff der Dementia praecox zu bringen suchte. Schon der Umstand, daß, wie zugegeben wird, die paranoiden Fälle von Dementia praecox überhaupt nicht „dement" werden, sollte davon abhalten. Daß der Ausdruck Dementia praecox auch sonst nicht für alle Fälle, welche jetzt dazu gerechnet werden, zutrifft, ist bekannt. Dagegen ist der Bereich dieser Krankheit nach dem Kindesalter hin erheblich zu erweitern; viele Fälle von Idiotie und Imbezillität gehören hierher; desgleichen nicht wenige Fälle von Epilepsie, bei denen nicht die Periodizität, sondern die rasche Verblödung im Vordergrund steht. Sie bilden eine mindestens ebenso wichtige Varietät wie die paranoiden Fälle. Wenn man sich vergegenwärtigt, daß der weitaus größte Prozentsatz der Epilepsie in der Frühpubertät einsetzt, daß ferner das Gehirn, in je früherem Lebensalter es erkrankt, desto mehr dazu neigt, mit Krampf zu reagieren, so wird es einleuchten, daß die Zahl der Dementia praecox-Fälle mit Krämpfen, die man irrtümlich zur genuinen Epilepsie rechnet, keine unbeträchtliche ist.

Die III. Gruppe bedarf keiner besonderen Begründung. Sie wird in den meisten Lehrbüchern in dieser Weise zusammengefaßt. Es gehören dazu sekundäre psychische Störungen in des Wortes echtester Bedeutung. Daß zahlreiche Fälle von Idiotie und Imbezillität hierher gehören (zu IIIa und d), bemerkte ich schon. Zu IIId rechne ich auch die traumatischen Psychosen. Unter IIIe fallen die psychischen Störungen bei Chorea und anderen Nervenkrankheiten.

Um nun noch einmal auf die Einheitlichkeit der Nomenklatur zurückzukommen, so dürften dem allgemeinen Gebrauch derjenigen von mir gewählten Namen, welche zugleich die Ursache angeben, keine Bedenken entgegenstehen. Die übrigen — konstitutionelle Depression, Paranoia, Epilepsie, Hysterie, psychopathische Minderwertigkeiten und Amentia — sind so allgemein bekannt, daß Zweifel nicht obwalten können. Die Bezeichnung: Dementia praecox wird gegenwärtig namentlich in der englischen und amerikanischen, teilweise auch in der französischen Fachliteratur vielfach bekämpft, aber wenn sie in dem von mir angegebenen engeren Sinne verstanden wird, dürfte sie sich auch dort leicht einbürgern. Sollte geltend gemacht werden, daß der Ausdruck Dementia nicht zutrifft, weil manche Fälle heilen, so käme es zunächst auf die Feststellung an, ob die geheilten Fälle nicht falsch diagnostiziert wurden.

Trotzdem bei der Durchführung einer ätiologischen Klassifikation eine Vermehrung der Zahl der Psychosen zu erwarten wär, ist diese andererseits durch die synthetische Arbeit erheblich ausgeglichen worden, so daß meine Klassifikation, wenn man sie nach Nummern taxieren will, deren weniger besitzt als die meisten Lehrbücher-Klassifikationen. Die Einteilungen bei den wenigen wirklich brauchbaren amtlichen Statistiken — ich hebe hervor die französische, die von Morel dem Jüngeren (1889) stammt, und die italienische von Tamburini (1908) — enthalten allerdings einige Nummern weniger, die ebenfalls sehr zweckmäßige österreichische dagegen etwa ebensoviel wie die meinige.

Und nun möchte ich noch kurz zu einem Einwand Stellung nehmen, der gegen meine Klassifikation gemacht werden wird. Gewiß läßt sich manches dagegen vorbringen, aber dieser Einwurf scheint mir der schwerwiegendste. Man wird einwenden, daß die Zusammenfassung gewisser Psychosen als endogene an sich berechtigt ist, daß sie aber dem Zweck der ätiologischen Klassifikation zuwiderläuft, weil sie mit einem dunklen Begriff operiert, unter den sich alles Mögliche bringen läßt. Ich teile diese Befürchtung nicht, glaube vielmehr, daß der gewissenhafte Arzt nicht versäumen wird, bei jedem einzelnen Fall danach zu forschen, worin das Endogene beruht. Und wenn diese Frage überdies durch das Bedürfnis der Klassifikation bei jedem Falle nahegelegt wird, jedenfalls mehr urgiert wird als bei der ausschließlich symptomatologischen Einteilung, so kann das der Wissenschaft nur förderlich sein.



Wenn die vorstehende Klassifikation der Psychosen nicht Ihre Zustimmung findet, so muß ich mich mit den Autoren der früheren und der bestehenden Klassifikationen trösten; ein jeder spricht es nämlich unumwunden aus, daß seine Einteilung eine vorläufige oder mangelhafte sei, daß sie ihn selbst nicht befriedige, daß man sich beim gegenwärtigen Stande der Wissenschaft damit begnügen müsse. Wenn Sie aber in meiner Klassifikation das Mittel erblicken nicht dazu, die Diagnose zu erleichtern und den diagnostizierten Fall schnell für die Statistik unterzubringen, sondern vielmehr bei jedem einzelnen Fall zum Erforschen der Ursache zu veranlassen, ja zu nötigen, und wenn Sie erwägen, daß sich die Klassifikation ganz in den Dienst der Ätiologie und damit in den Dienst der Prophylaxe stellt, weil sie als erste Aufgabe und als wichtigsten Gesichtspunkt betrachtet, die Ursache der Erkrankung zu ermitteln, so — hoffe ich — werden Sie diesen Versuch nicht für unwürdig der Prüfung und Vervollkommnung erachten.

Mitteilungen.

— **Deutsche Irrenanstalten in Wort und Bild.** Nach verschiedenen Anfragen zu schließen, welche in der letzten Zeit an den Unterzeichneten wegen dieses Illustrationswerkes gerichtet wurden, dürfte es von allgemeinem Interesse und zweckdienlich sein, über den Stand der Angelegenheit auf diesem Wege eine kurze Information zu geben.

Was zunächst das Zustandekommen des Werkes anlangt, so sei bemerkt, daß bis jetzt 60 Anstalten — 49 öffentliche (staatliche, provinzielle, städtische) und 11 private — ihre Beteiligung an der Herausgabe zugesagt haben, demgemäß schon jetzt das Werk nicht nur gesichert ist, sondern ein stattliches zu werden verspricht.

Eine Anzahl von Manuskripten konnte bereits der Druckerei in Arbeit gegeben werden. — Sollten durch Versehen beim Adressenschreiben einige Anstalten den Prospekt nicht erhalten haben, so stehen für Interessenten zur Orientierung einige Exemplare noch zur Verfügung. — Die Frist für die Einlieferung der Manuskripte kann bis Ende März verlängert werden, wenn es auch natürlich erwünscht ist, daß das Gros der Beiträge möglichst in den beiden nächsten Monaten in Arbeit gegeben werden kann. Durch besondere, vom Verlag getroffene Maßnahmen ist es ferner ermöglicht, daß noch später eingehende Beiträge eingefügt werden können, und nicht angehängt zu werden brauchen. Für Anstalten, welche aus administrativen und dispositiven Gründen erst jetzt über die Teilnahme definitiv schlüssig werden können, ist also noch genügend Frist für die Ausarbeitung der Beiträge vorhanden.

Mit Rücksicht auf den **dauernden Wert dieser Publikation** darf wohl im allgemeinen Interesse Wunsch und Bitte auch hier nochmals ausgesprochen werden, daß noch recht viele Anstalten sich zur Teilnahme entschließen möchten.

Gegenüber Vermutungen, die hier und da aufgetaucht sein sollen, es könnte sich bei dem Werke um ein nebenher mehr oder weniger Inseratenzwecken dienendes Unternehmen handeln oder daß reklamemäßige Anstaltsschilderungen unter die Aufsätze Eingang finden könnten, muß ich betonen, daß Inserate und geschäftliche Anzeigen in dem Werke selbstverständlich keinen Platz finden, auch niemals an die Aufnahme solcher gedacht worden ist. Es kann zur Ehre der deutschen Psychiatrie gesagt werden, daß die Zumutung, mit dem Werke zur Reklame zu dienen, von keiner Seite gemacht worden ist. Dasselbe wird vielmehr auch hinsichtlich seiner Ausstattung bis in die ferne Zukunft ein würdiger Zeuge der gegenwärtigen Leistungen in der Fürsorge für Geisteskranke sein.

Die einzelnen Beiträge müssen selbstverständlich mit dem Namen des Autors versehen sein.

Endlich sei noch bemerkt, daß einem geäußerten, nicht unberechtigten Wunsche zufolge an Stelle des ursprünglichen Titels gesetzt wird: **Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke.**

Dr. Bresler.

— Vom 3. bis 7. Oktober 1910 tagt zu Berlin im Hause der Abgeordneten der von dem deutschen Verein für Psychiatrie vorbereitete **IV. Internationale Kongreß der Fürsorge für Geisteskranke.** Der Kongreß befaßt sich nicht ausschließlich mit den Fragen und Aufgaben der zeitgemäßen Behandlung und Unterbringung Psychisch-Leidender, er will vielmehr alle Untersuchungen, Maßregeln und Einrichtungen vereinigen, die dem Schutze der geistigen Gesundheit in jeder Richtung dienen. Er will deshalb der Schädigung des Geistesleben aus sozialen Mängeln und hygienischen Übelständen nachgehen, die Entstehung geistiger Erkrankung von frühester Kindheit ab aufklären und ihre möglichste Verhütung anbahnen. Er soll die Hilfsmittel gegenüber abnormen psychischen Zuständen: Behandlung innerhalb und außerhalb der Anstalten, die geordnete Familienpflege, die Beschäftigung, die Unterstützung der Kranken und ihrer Familien, die Ordnung ihrer rechtlichen Verhältnisse, die Beihilfe und Fürsorge nach Anstaltsbehandlung — fördern. Die Erziehung und den Schutz der jugendlichen Psychopathen und Entwicklungsschwachen will er auf Grund wissenschaftlicher Erfahrung ausbilden.

Mit dem Kongreß wird eine Ausstellung der Fürsorge für Gemüts-, Geistes- und Nervenkranke verbunden sein, die eine vollständige Übersicht über die in den letzten drei Dezennien auf diesem Gebiete in Deutschland gezeitigten Fortschritte und einen orientierenden Überblick über die in anderen Kulturstaaten geschaffenen Einrichtungen gewähren



soll. Bereits jetzt haben die meisten deutschen Behörden und Verbände ihre Beteiligung zugesagt, so daß die Ausstellung sehr lehrreich zu werden verspricht. In der Ausstellung selbst, die ebenfalls in den Räumen des Hauses der Abgeordneten stattfindet, sollen einige erläuternde Vorträge gehalten werden.

Der von dem Deutschen Verein für Psychiatrie zur Vorbereitung des Kongresses eingesetzte Ausschuß hat in Übereinstimmung mit den Komitee-Mitgliedern des Auslandes eine Reihe von Referaten und Vorträgen ausersehen, von denen die nachfolgenden besonderes Interesse beanspruchen dürften:

Über den Zusammenhang zwischen Zivilisation und Geisteskrankheit. — Läßt sich eine Zunahme der Geisteskranken feststellen? — Die Schlafkrankheit. — Die Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Verhütung von Epilepsie, Idiotie und Psychopathie. — Die Bedeutung der Bazillenträger in Anstalten. — Die Frage der freiwilligen Aufnahmen. — Über poliklinische Behandlung der Psychosen. — Beachtung des Geisteszustandes bei Einstellung und Dienstleistung in Heer und Marine. — Fürsorge für psychisch Erkrankte im Felde. Die Arbeit des Roten Kreuzes an den wegen Geisteskrankheit aus der Armee Ausgeschiedenen. — Psychopathologisches in moderner Kunst und Literatur. — Die soziale Wiedergeburt der Geisteskranken durch geregelte Arbeitstherapie.

Von den in Aussicht genommenen Lichtbildervorträgen sei der über Abbauvorgänge im Nervengewebe hier erwähnt.

Es ist erwünscht, weitere Vorträge recht bald anzumelden bei Herrn Prof. Dr. Boedeker, Schlachtensee-Berlin, Fichtenhof.

Andere Anfragen ist Herr Oberarzt Dr. Falkenberg, Lichtenberg-Berlin, Herzbergstr. 79, zu beantworten bereit.

Anmeldungen und Anfragen betreffend die Ausstellung sind zu richten an Herrn Prof. Dr. Alt, Uchtspringe (Altmark).

Ausführliches Programm der Vorträge wird in einigen Wochen erscheinen.

Referate.

— Lechner, Dr. Karl, Die klinischen Formen der Schlaflosigkeit. Leipzig und Wien. 1909. 118 S. Preis 2,50 M.

Nach übersichtlicher Betrachtung des Wesens und der Symptome des Schlafes sowie der Ursachen der Schlaflosigkeit bespricht Verf. sehr eingehend die einzelnen Formen der Schlaflosigkeit. Ausgehend von der Annahme, daß das Einschlafen sowie das Erwachen, jedes für sich, eine besondere Reflextätigkeit erheischt und daß beide Reflextätigkeiten unabhängig voneinander Störungen erleiden können, unterscheidet Verf. zwei Grundformen: Vorschlafstörung („schlafloser Vorschlaf") und Nachschlafstörung („schlafloser Nachschlaf"). Da beide Formen einerseits mit einer „Veränderung des Bewußtseins", andererseits mit einem „Wechsel der Erholungserscheinungen" Hand in Hand gehen, ergibt sich dem Verf. die Unterscheidung in: a) Einschlafstörungen, b) Schläfrigkeitsstörungen, c) Erwachungsstörungen, d) Munterkeitsstörungen. Da schließlich bei jeder von diesen vier Formen entweder quantitative Veränderungen (Verlängerung und Verkürzung, Schwächung und Stärkung, Verzögerung und Beschleunigung, Verminderung und Vermehrung des Reflexerfolges) oder qualitative Veränderungen (Unvollkommenheiten und Unmäßigkeiten, Behinderungen und Anregungen usw.) in Betracht kommen können, ergeben sich für jede von den vier Formen wieder vier, also im ganzen ($4 \times 4 =$) 16 Unterformen, einerseits die hyposthenischen bezw. hypersthenischen, andererseits die parasthenischen bezw. palinsthenischen. Jeder der 16 Formen widmet der Verfasser ein eingehendes Kapitel, in welchem Symptome, Therapie usw. erörtert werden. Im knappen Rahmen eines Referates ist eine Inhaltsangabe dieser Kapitel leider nicht möglich; es muß daher auf das Original verwiesen werden. Eine Unmasse von feinen Beobachtungen und nützlichen therapeutischen Winken zeichnet das Werk aus; es kann daher den Fachkollegen, aber auch den praktischen Ärzten, bestens empfohlen werden. Berze.

— Rehmke, J., Die Seele des Menschen. 3. Auflage. (Aus Natur und Geisteswelt. Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen.) Verlag von B. G. Teubner in Leipzig. 132 Seiten. Preis 1,25 M.

Zwei Abschnitte: Das Seelenwesen, das Seelenleben. Der Mensch stellt die Einheit von zwei völlig ungleichartigen Einzelwesen, einem körperlichen und einem unkörperlichen, dem Leibe und der Seele dar, die miteinander im Wirkenszusammenhang stehen. — Die Seele ist ein Bewußtsein; das Bewußtsein ist nicht eine Bestimmtheit oder eine Beziehung der Seele, sondern die Seele selbst. Die Seele ist als gegenständliches (Wahrnehmen und Vorstellen), zuständliches (Lust- und Unlusthaben) und denkendes (Unterscheiden und Vereinen) Bewußtsein in ihren drei wesentlichen Bestimmtheiten gekennzeichnet. Das „Wollen" ist nicht eine vierte Bewußtseinsbestimmtheit, sondern eine Bewußtseinsbeziehung: im Wollen bezieht sich das ursächliche Bewußtsein auf eine vorgestellte „zukünftige" Veränderung. „Subjekt" ist die einheitstiftende Bestimmtheit jedes Seelenaugenblickes. Auf den verschiedenen Besonderheiten, in denen die drei oben genannten Bestimmtheiten auftreten, beruht es, daß die einzelnen Seelen verschiedene Einzelwesen darstellen. — Seelenleben ist Veränderung der Seele. Das Seelenleben erscheint in jeder besonderen Veränderung unmittelbar abhängig von dem Gehirn; ohne im Gehirn gegebene wirkende Bedingung keine Veränderung der Seele. „Abhängigsein" vom Gehirnleben bedeutet aber keineswegs „Geschaffensein" durch die Gehirnfunktion. Die Seele vermag auch ihrerseits auf das Gehirn zu wirken; dies Wirken der Seele ist stets ein unbewußtes. — Im weiteren unternimmt es Verf., das Seelenleben in allgemeinen Zügen darzulegen, indem er das Bewußtsein in der gegenständlichen, der zuständlichen sowie der denkenden Be-

stimmtheit betrachtet. — Das Büchlein ist bereits in dritter Auflage erschienen; wir glauben, daß ihm weiteste Verbreitung gesichert ist, da ihm kaum eine andere gemeinverständliche Darstellung von ähnlicher Klarheit zur Seite gestellt werden kann. Berze.

Prof. R. Masalongo (Die Guajacose bei chronischen Affektionen der Atmungsorgane, speziell bei Tuberkulose, Allg. Med. Central-Ztg. 1909, Nr. 34) hat im Verlauf der letzten zwei Jahre systematisch und ausschließlich in der Abteilung seines Spitals die Behandlung zahlreicher tuberkulöser Patienten mit **Guajacose** (ein neues Präparat der Firma Bayer, welches gleichzeitig flüssige Somatose und guajakolsulfosaures Calcium enthält, dabei frei von jeder toxischen Nebenwirkung ist) durchgeführt, und zwar ohne Auswahl der Fälle bei Lungentuberkulose in allen Stadien, bei Darmtuberkulose und peritonealer Tuberkulose ohne Unterschied.

Die Guajacose stiftet in fast allen Fällen von Tuberkulose Nutzen, auch in vorgeschrittenen Fällen der Krankheit. Ihre Spezialindikationen findet die Guajacose natürlich in allen den Fällen, wo der Verdauungstrakt infolge seiner herabgesetzten Leistungsfähigkeit die Zufuhr jeglicher Nahrung, selbst auch Eier und Milch, schlecht verträgt. Geradezu überraschende Resultate erzielte er mit Guajacose bei tuberkulöser Peritonitis, mit und ohne Lungenerscheinungen. Bei den andern Fällen von Lungentuberkulose äußerte sich die günstige Wirkung der Guajacose in verhältnismäßig kurzer Zeit, Appetit und Körpergewicht nahmen sichtlich zu, der Ernährungszustand und das Kraftgefühl hoben sich deutlich, der Husten verminderte sich sowohl hinsichtlich seiner Intensität als der Zahl der Hustenattacken, die Expektoration wurde weniger kopiös und verlor allmählich ihren purulenten Charakter; auch ein gelinder Einfluß auf das Fieber konnte wahrgenommen werden. In gleichem Schritt mit der Besserung des Hustens, der Expektoration und des Allgemeinbefindens wurde bei nicht zu vorgeschrittenen Fällen auch der Lungenbefund günstiger, die Rasselgeräusche verminderten sich. Die quälende Schlaflosigkeit verschwand häufig. Auch nach mehrmonatiger Darreichung konnte er niemals irgendeine unangenehme Nebenwirkung konstatieren.

Tägliche Dosis der Guajacose 3—4 Dessertlöffel bis 3—4 Eßlöffel voll entweder pur oder noch besser in einer Tasse Milchkakao, Kakao, Tee oder Lindenblütentee.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

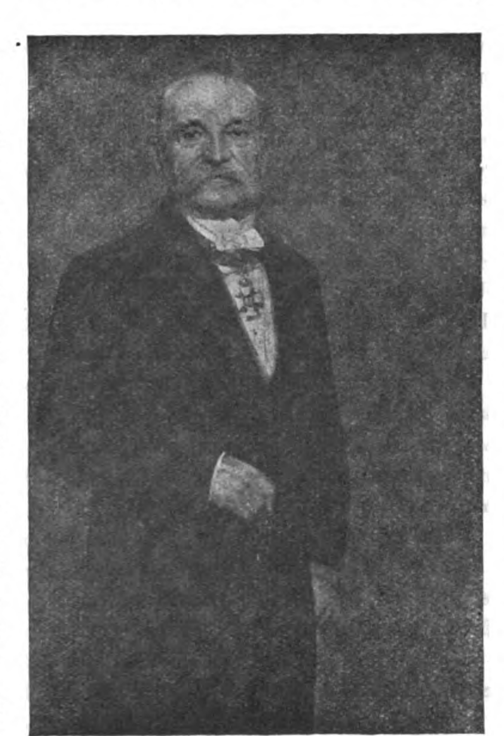
Nr. 45. 29. Januar **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8 gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Zum goldenen Jubiläum Guido Webers-Sonnenstein. (S. 391.) — Hysterie und moderne Psychoanalyse. Von Hofrat Dr. A. Friedländer, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M. (S. 393.) — Mitteilungen. Die Gründung der „pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie" im Preußenhofe in Stettin. (S. 396.)

Zum goldenen Jubiläum Guido Webers-Sonnenstein.

Am 1. Februar 1860 ist Dr. Guido Weber in den Dienst der Königl. Sächs. Irrenanstalten eingetreten. Fünfzig Jahre lang hat er jetzt als Irrenanstaltsarzt gewirkt. Hierzu wünschen wir dem hochverehrten Jubilar von Herzen Glück und Segen.





Am 4. Juli 1837 wurde Weber in Reval geboren, mit 17 Jahren bezog er die Universität Dorpat. Von hier siedelte er nach Jena über und war daselbst ein begeistertes Mitglied der Burschenschaft Germania. Staatsexamen und Doktorprüfung bestand er in Leipzig. Auch studierte er später ein Semester in Wien. Seinen Irrenanstaltsdienst begann er an der Landesanstalt zu Colditz. Von da wurde er am 1. August 1861 an die Irrenheilanstalt Sonnenstein versetzt. Dieser ehrwürdigen Anstalt, in der seit 1811 Geisteskranke behandelt werden, ist er treu geblieben bis auf den heutigen Tag.

Bis jetzt halten neben den Angelegenheiten der Anstaltsverwaltung die medizinischen Fragen das Hauptinteresse Webers wach. Aber auch die innere und äußere Politik beschäftigen seinen regen Geist. Familiensinn, Freundschaftsgefühl und kollegiale Gesinnung sind lebhaft bei ihm entwickelt. Stets zeigte er ein warmes, gütiges Herz für seine Kranken, immer ist er gegen sie freundlich, geduldig, nachsichtig, mitfühlend, aufmunternd, humorvoll, aber auch fest und energisch, wenn nötig. Sein Bestreben war sehr darauf gerichtet, die Rechte der Kranken zu wahren, ihnen soviel als möglich Achtung und Ansehen in und außerhalb der Anstalt zu erhalten. Er sorgte immer dafür, daß niemand vergaß, daß die Irrenanstalt in erster Linie Heilanstalt ist und sucht im Verein mit seinen Ärzten soweit möglich das Gefühl bei den Pfleglingen wach zu halten, daß ihr Aufenthalt in der Anstalt ausschließlich den Zweck einer Kur habe. 1883 wurde er zum Direktor des Sonnensteins ernannt. Als solcher ließ er der Zeit und seiner gütigen Art entsprechend Zwangsmittel sehr bald nicht mehr gebrauchen. Alle modernen Heilmittel der inneren Medizin und der Psychiatrie wendete er an, dabei blieb er kritisch und warnte vor der Überschätzung dieser oder jener zunächst als Panacee gepriesenen Methode. Bis heute legt Weber besonderen Wert auf Visiten des Direktors mit den Ärzten der betreffenden Abteilung. Hierbei werden die neuen und die veränderten Krankheitsfälle gemeinsam untersucht und manche Fragen der wissenschaftlichen und der praktischen Psychiatrie erörtert.

Der Verkehrston zwischen Direktor und Ärzten war jederzeit ein sehr herzlicher. Weber gibt viel Anregung und fördert die Bestrebungen jedes einzelnen Kollegen; stets hebt er aber hervor, wie es ihn selbst frisch und schaffensfreudig erhalte, mit seinen Ärzten, auch mit den eben von der Universität gekommenen, frei zu disputieren. Viele der sächsischen Anstaltsdirektoren und Anstaltsärzte haben Webers Schule durchgemacht und denken seiner in Dankbarkeit und Treue. Zahlreiche Externe, die sich zur Vorbereitung für das staatsärztliche Examen einige Monate in Sonnenstein aufhielten, erinnern sich gern der unter seiner Leitung absolvierten Studien. Wiederholt fand Weber auch Zeit, in besonderen Kursen, zu denen die Teilnehmer aus Dresden herbeieilten, die wichtigsten Kapitel der modernen Psychiatrie vorzutragen, hierbei die forensischen Gesichtspunkte besonders betonend. Die vielen Fälle, die zur Feststellung des Geisteszustandes auf Antrag der Gerichte jahraus jahrein in Sonnenstein untergebracht werden, bilden für alle ärztlichen Mitarbeiter eine Quelle interessanter wissenschaftlicher Beobachtungen.

Der Sonnenstein war in alter Zeit eine Bergfestung, die für die Zwecke der Geisteskrankenbehandlung nach Art eines Schlosses ausgebaut worden war. Aus den Kasernen und Schloßbauten nach und nach eine moderne Heilanstalt zu formen, war eine schwierige Aufgabe. Auf Webers Anregungen ist durch Einreißen fester Flügel und Öffnen geschlossener Höfe, durch Anlage prächtiger Gärten und Errichtung zahlreicher der Krankenbehandlung wie dem Wirtschaftsbetrieb zweckmäßig dienender, auf der angrenzenden Hochebene erbauter schmucker Gebäude geleistet worden, was möglich war. Geschickt angelegte Terrassen gestatten es jetzt, von dem herrlichen Park aus, in dessen Mitte sich die schöne neue Kirche befindet, die entzückende Umgebung, die Berge, den Elbstrom zu betrachten. Und auch die alten Gebäude sind auf Webers Anträge hin soweit möglich der Neuzeit entsprechend umgebaut, sie sind traulich und elegant eingerichtet worden. In der nahen Nachbarschaft wurde eine hübsche Meierei gegründet und eine zweite etwas entfernter gelegen in Betrieb gesetzt.

Oft hat der Jubilar seiner Befriedigung darüber Ausdruck gegeben, daß er nicht nur Anstaltsdirektor, sondern außerdem noch Mitglied des Königl. Sächs. Landesmedizinalkollegiums ist. 1879 wurde er bereits von den praktischen Ärzten zum außerordentlichen Mitglied dieser Körperschaft gewählt. (Das Vertrauen der praktizierenden Kollegen hat er immerdar behalten und es als Vorsitzender des ärztlichen Ehrengerichtes aufs beste gerechtfertigt. Stets trat er für die Wahrung der ärztlichen Standesehre in idealem Sinne ein, eine zu starke Betonung des Geschäftssinns mißfiel ihm, bei allen Streitigkeiten unter den Ärzten appellierte er an den kollegialen Sinn, den er seinerseits öffentlich wie im Stillen geradezu vorbildlich betätigte.) Seit dem 1. August 1883 ist Weber ordentliches Mitglied des Landesmedizinalkollegiums. In dieser Stellung hat er eine äußerst umfangreiche Arbeit geleistet, die größten Aktenstöße durchstudiert, die zweifelhaftesten Geisteszustände untersucht, die schwierigsten Obergutachten verfaßt. Alljährlich stellte er auch die Einzelberichte der Sächsischen Irrenanstaltsdirektoren zusammen und veröffentlichte sie als gemeinsamen Jahresbericht über das sächsische Irrenwesen.

Gern sah es Weber, wenn seine Ärzte bei ihm ein und aus gingen. Auch sonst hielt er auf regen geselligen Verkehr, namentlich als seine vortreffliche Gattin noch lebte. Sein Haus war eine Stätte liebenswürdiger Gastlichkeit. Über die schöne Gabe, humoristische oder leicht satirische Trinksprüche zu halten, verfügt der Jubilar in hohem Grade. Aber auch als ernster Festredner erntete er bei geselligen, kollegialen oder politischen Veranstaltungen reichen Beifall. Sehr hübsche Gedichte hat er verfaßt.

Allen seinen Beamten ist er ein wohlmeinender Vorgesetzter und freundschaftlicher Berater. Tüchtige Leute arbeiten namentlich deshalb gern unter ihm, weil er es versteht, das Ressort zu leiten und dem Beamten doch die Freude selbständiger Tätigkeit zu belassen. Geradezu väterlich empfindet er für seine Mitarbeiter; an all ihrem Freud und Leid nimmt er den aufrichtigsten Anteil. Nach allen Richtungen trat er oft aufopfernd und selbstlos für das wahre Wohl seiner Beamten ein. Dafür genießt er aber auch eine Vertrauensstellung, wie es selten vorkommt. An seine vornehme Persönlichkeit wagt sich der in den Anstalten so beliebte Klatsch niemals heran.

Es ist nicht möglich, auf dem zur Verfügung stehenden Raum alles das zu berühren, was Weber für die Geisteskranken, die Anstalten und das gesamte Irrenwesen des Königreichs Sachsen gewollt und zum großen Teil erreicht hat. Er ist der Mitbegründer der Forensisch-psychiatrischen Vereinigung zu Dresden und der Vereinigung Mitteldeutscher Psychiater und Neurologen. In den Versammlungen dieser Vereine hat er zahlreiche Vorträge gehalten und häufig den Vorsitz geführt. Der Deutsche Verein für Psychiatrie und der Ärztliche Bezirksverein zu Pirna haben ihn zu ihrem Ehrenmitglied ernannt. Ganz besondere Verdienste

hat er sich ferner um die Leitung des ebenfalls von ihm mitbegründeten Hilfsvereins für Geisteskranke erworben. Er hat den Verein fest organisiert, so daß dieser schon viel Kummer und Not lindern konnte und in so gesicherter finanzieller Lage ist, daß er auch in ungünstigen Zeiten seinen Zweck erfüllen wird. Wie bei vielen anderen Gelegenheiten hat sich Weber auch in den Hauptversammlungen und Jahresberichten des Hilfsvereins als stets wieder gewählter Vorsitzender eifrig bemüht, die leider noch so verbreiteten Vorurteile über Geisteskranke und Geisteskrankheiten zu bekämpfen.

Das Königliche Ministerium des Innern hat Webers Urteil und Erfahrungen vielfach für das gesamte sächsische Irrenwesen nutzbar gemacht und vertraut ihm seit Jahrzehnten als speziellem Ratgeber. Bei der Neuorganisation und dem Bau der neuen Landesanstalten (Ende der achtziger und Anfang der neunziger Jahre) ist er wesentlich beteiligt gewesen. Hier hat er sehr im Sinne der freien Behandlung der Geisteskranken gewirkt. Aus Überzeugung, aber mit schwerem Herzen hat er für die Schaffung kombinierter Heil- und Pflegeanstalten gestimmt. Daß er noch immer gern an die Zeit zurückdenkt, in der Sonnenstein alleinige Heilanstalt im Lande war, wird man verstehen, namentlich, wer diese für den Sonnenstein schönen Zeiten miterlebt hat. — Die Regierung sandte Weber u. a. als ärztlichen Vertreter zu den internationalen Kongressen nach Rom, Mailand und Wien. Se. Majestät der König verlieh ihm 1907 zum 70. Geburtstag Titel und Rang eines Geheimen Rates, eine Auszeichnung, die im Königreich Sachsen noch keinem Irrenarzt zuteil ward. Ihn schmücken das Ritterkreuz I. Klasse des Verdienstordens, das Offizierskreuz sowie der Komtur des Albrechtsordens.

Möchte sich unser Jubilar, der sich in fünfzig Jahren ernster Arbeit Hochachtung und Liebe in so reichem Maße erworben hat, noch lange in guter Gesundheit der Verehrung und Dankbarkeit seiner Mitmenschen erfreuen! Mehr noch als alle äußeren Ehren ziert ihn das Vertrauen, das ihm alle bewahren, die seine Herzensgüte, die seine Treue kennen und schätzen.

„Waget laut und klar zu nennen
Sein Bemühen, seine Tugend,
Denn ein herzlich Anerkennen
Ist des Alters zweite Jugend.“

Hysterie und moderne Psychoanalyse.*)

Von Hofrat Dr. *A. Friedländer*, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M.

Die Psychologie der Neurosen und Methodik der psychoanalytischen Behandlung, wie sie Freud auf Grund seiner theoretischen Studien empfiehlt, hat eine tiefgehende Bewegung ausgelöst, die alle Grade aufweist: Begeisterte Zustimmung, die in seinem Auftreten eine große Tat verherrlicht, energische Ablehnung, die seine Lehren als unrichtig oder gefährlich oder als beides bezeichnet. In beiden Lagern wird mit großer Heftigkeit gestritten. Und insofern denjenigen, die sich gegen Freud aussprachen, bestenfalls die Fähigkeit aberkannt wurde, die Freudschen Lehren zu verstehen, kann Freud und seinen Anhängern der Vorwurf nicht erspart werden, daß sie es nicht vermieden haben, an Stelle der Belehrung und ruhigen Beweisführung Temperament und Dogma zu setzen.

Ich weiß, daß der gleiche Vorwurf den Gegnern Freuds gemacht wurde, noch zuletzt dem Referenten von dem Autor Strohmayer. (Über die ursächlichen Beziehungen der Sexualität zu Angst- und Zwangszuständen. Journal für Psychologie und Neurologie, Band XII, 1908.)

Demgegenüber muß aber daran erinnert werden, daß der Vater der Lehre es war, der schrieb: „Die Veröffentlichung meiner Krankengeschichten bleibt für mich eine schwer zu lösende Aufgabe, wenn ich mich um jene einsichtslosen Übelwollenden weiter nicht bekümmere.“ Ferner: „. . . und erkläre es als Anzeichen einer perversen und fremdartigen Lüsternheit, wenn jemand vermuten sollte, solche Gespräche (d. h. die psychoanalytischen Untersuchungen) seien ein gutes Mittel zur Aufreizung oder zur Befriedigung sexueller Gelüste.“

(Freud, Bruchstück einer Hysterie-Analyse. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1905, Band XVIII, H. 4.)

Solche starke Worte des Angriffs erzeugen starke Abwehr. Dadurch, daß gerade Freuds therapeutische Bestrebungen — die einer seiner wärmsten Fürsprecher, der mit großer Erfahrung ebensolche

*) Das Referat wurde im Februar 1909 abgeschlossen, im August 1909 in Budapest beim internat. med. Kongreß erstattet.



Kritik und ruhigere Prüfungsfähigkeiten vereinigt, seine schwächste Seite nennt (Bleuler, Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie der Psychosen, Psych.-neurol. Wochenschrift, 1906, S. 341) — zu einer außergewöhnlichen Aktion gemacht wurden, forderten sie die Reaktion heraus.

Ich bin bereit, einige Beispiele zu bringen, die uns zugleich in die Mitte des Themas versetzen. So sagt Jung: „Noch selten ist eine große Wahrheit ohne phantastisches Beiwerk ans Tageslicht getreten; man denke an Kepler und Newton." Bleuler vergleicht die Angriffe auf Freud mit denen auf den Frauenarzt Semmelweis, die eine „Verlängerung des Massenmordes von Müttern um Jahrzehnte" zur Folge hatten. Diese Autoren richten sich mit ihren Ansichten an die medizinische Welt. Andere „flüchten" aber in die Öffentlichkeit, der sie die erst zu beweisende Lehre Freuds als feststehende Theorie vorlegen. In dieser Beziehung hat wohl Groß das höchste geleistet. Indem er als zwingendes Motiv, sich an die Öffentlichkeit zu wenden, die Erkenntnis angibt, daß die Entstehung und Bedeutung gerade solcher Fälle nur mit einer einzigen Untersuchungstechnik, mit der von Prof. Siegmund Freud neueingeführten analytischen Methode, verstanden und kontrolliert werden könnte, und daß diese den meisten Fachkollegen noch nicht zu Gebote stehe", läßt er alle, die ohne diese Methode behandeln, zumindest als Ignoranten erscheinen. Ich halte es für meine Pflicht, so wie Pelman (Psych.-neurol. Wochenschrift, 1908) und Hoche es taten, auch in diesem internationalen Kreise Protest einzulegen gegen die Großsche „Methode".

Aschaffenburg hat schon früher (nach einem auf dem internationalen Kongreß für Psychiatrie in Amsterdam, 4. September 1907, erstatteten Referat und in der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1907, Nr. 44, Seite 3) u. a. auf die „unrichtige und unangebrachte Art" hingewiesen, mit der z. B. Sadger an die Seite Freuds trat. (Die Bedeutung der psychoanalytischen Methode nach Freud, Zentralblatt für Nervenheilkunde 1907.) Er (Sadger) meint: „Die Prüderie der Ärzte, der Besprechung sexueller Dinge der Hysterischen gegenüber, habe weniger einen prinzipiellen als einen psychologischen Untergrund. . . Ehe sie (die Kollegen) sich selbst als hysterisch bezeichnen, wollen sie schon lieber Neurastheniker sein. Aber wenn sie selbst auch einwandfrei sind, so haben sie mindestens Gattin, Mutter oder Schwester, die sie als hysterisch zugeben müssen. Das aber bei den allernächsten Angehörigen einräumen zu müssen oder gar bei sich selbst, geht den meisten allzusehr gegen den Strich. Lieber soll die ganze Theorie nichts taugen. Und darum verdammen sie a priori die ganze Methode." Aschaffenburg fügt mit Recht bei: „Ich möchte doch befürworten, in wissenschaftlichen Streitfragen solche Argumente beiseite zu lassen." Derselbe Autor hat bei einem Kranken sechs Monate hindurch eine Psychoanalyse vorgenommen, als deren Ergebnis er feststellte: „Die erste Geliebte des Patienten war wie in all solchen Fällen (!) die eigene Mutter. Mit zwei Jahren machte er einer alten Kinderfrau einen Heiratsantrag, dann schenkte er sein Herz einem Dienstmädchen, vom ersten Jahre ab liebte er glühend zwei Vettern, diese wurden für seine späteren masochistischen und homosexuellen Neigungen entscheidend, in das vierte Jahr fällt eine Neigung zu einem gleichaltrigen Buben, dann zu dem Vater und dann zu der Schwester usw." An einer Stelle seiner Arbeit sagt Sadger, „daß jedweder Mensch in sexuellen Dingen unbewußt oder mit Bewußtsein lügt", an einer anderen, „die volle und erschöpfende Zusammenstellung (des sexuellen Lebensganges) gelang nicht eher als nach etwa halbjährigem gemeinsamen Forschen" (! Ref.). — Was also durch diese halbjährige Psychoanalyse in gemeinsamen Forschungen entdeckt wurde, das muß alles als Wahrheit angenommen werden. Die Psychoanalyse heilt also nicht bloß, sondern sie erzieht auch zur Wahrhaftigkeit, selbst in sexuellen Dingen. Freilich, über die wichtigste Frage, ob dieser Patient nach dieser sechsmonatigen Analyse geheilt war und blieb, erfahren wir von Sadger in dieser Arbeit nichts. Dagegen fehlt es nicht an Behauptungen, denen zum Lehrsatz nichts fehlt — als der Beweis. „Jeder Mensch ist, und zwar von Haus aus, bisexuell." „Dem Jüngling ist das Weib stets eine Göttin oder eine Dirne." „Wie wir aus Psychoanalysen wissen, haben alle Knaben die Phantasie, sich an die Stelle des Vaters zu setzen und ihrer Mutter ein Kind zu zeugen." (Sadger.)

Einzelne, und so bestrittene, von anderen Beobachtern aufs entschiedenste geleugnete oder als unrichtig gedeutete Ergebnisse als ein Wissen hinzustellen, welches wir aus Psychoanalysen geschöpft haben — das geht doch etwas zu weit, das ist Orthodoxie, die frei von jeder Ängstlichkeit ist.

Leider aber ist es nicht bei den wissenschaftlichen Streitfragen in der medizinischen Presse geblieben. Es ist so weit gekommen (wie oben erwähnt), daß die breiteste Öffentlichkeit mit diesen Theorien befaßt wurde, daß erst zu beweisende Behauptungen als feststehende Tatsachen behandelt, zum Ausgangspunkt



weiterer Beweisführungen gemacht und diejenigen, die anderer Ansicht zu sein wagen, der Unwissenheit geziehen werden. (Siehe oben Groß.) Muß der Laie nicht zu dem Schluß kommen, daß wir bisher, vor den Freudschen Entdeckungen, auf gänzlich falschem Wege waren, daß wir keinen an Hysterie, Zwangsvorstellungen usw. leidenden Menschen heilen konnten, daß all die Autoren, die in ihren Werken über Hysterie Lebensarbeit zu liefern glaubten, nur Stümper waren und sind? Daß vor Freud und dessen jüngsten Jüngern keine Psychotherapie geübt wurde? Hellpach sagt in einer Besprechung der Sadgerschen Pathographie von Conrad Ferdinand Meyer: „an theoretischen Einflechtungen bekommt man die bekannten Hypothesen Freuds über die erotische Wurzel alles Psychopathischen serviert. Bis zum Überdruß und mit einer Siegesgewißheit, die nicht ernstlich genug zurückgewiesen werden kann." (Im „Tag", 7. August 1908.)

Und selbst ein so kritischer Autor, wie der Staatsanwalt Wulffen, dessen Interesse für unsere Wissenschaft wir manche wertvolle Arbeit und Anregung verdanken, nimmt die epidemisch um sich greifende Verallgemeinerung der sexuellen Ätiologie in der Neurosenlehre als Dogma an und stellt die lapidaren Sätze auf: „Wissenschaftlich ist die Hysterie des Weibes krankhaft verdrängte Sexualität." „Alle ethischen Mächte im Innern des Menschen, sein Schamgefühl, seine Sittlichkeit, seine Gottesverehrung, seine Ästhetik und seine sozialen Gefühle entstehen als normal verdrängte Geschlechtlichkeit." (Das Weib als Sexualverbrecherin. Berliner Tageblatt.)

Für Wulffen sind alle diese ungemein komplizierten Fragen, die bestenfalls eben in Fluß geraten sind, die dank den psychologischen Arbeiten Freuds und dann besonders der Schweizer Schule zur Diskussion gestellt wurden, bereits gelöste Selbstverständlichkeiten, keine Fragen mehr, sondern Axiome.

Wer denkt nicht an Weininger, wenn er bei Wulffen liest: „Das Weib ist die geborene Sexualverbrecherin; eine starke Sexualität führt sie bei anormaler Verdrängung leicht zu Krankheit, zu Hysterie, bei mangelhafter Verdrängung zu Kriminalität, manchmal zu beiden zugleich." Armes Geschlecht! Arme Frauen und Mütter!

Entweder physiologisch schwachsinnig (Möbius), amoralisch (Weininger), hysterisch oder verbrecherisch. Hier ist nicht die Stelle, auf die Gefahren hinzuweisen, die bei solcher Bewertung der Frau, in der manche immer noch die Stütze der Familie, somit des Lebens sehen, heraufbeschworen werden; welche Folgen für das Rechtsgefühl entstehen und die Rechtsprechung, wenn an die Stelle der glücklicherweise zum Teil überwundenen Lehre der Moral insanity und der vom geborenen Verbrecher jetzt die der Sexualverbrecher aufs neue auftaucht. Wulffen arbeitet konsequent weiter im Sinne Freuds in seinem Buche über Hauptmann, dessen Dichtungen „sexuell analysiert" werden; neben vielen hochinteressanten Ausführungen finden wir Behauptungen, die am besten beweisen, wohin es führt, wenn die schöne Literatur in den Kreis unbewiesener wissenschaftlicher Thesen gezogen wird. (Siehe „Kollege Krampton" im dünnen Kleide Freud-Wulffenscher Pathographie.) Ich wollte nur an einigen Beispielen dartun, was die Popularisierung wissenschaftlicher Anschauungen bewirkt, die erst im Schoße der berufenen Vertreter, in den hierfür bestimmten Zeitschriften usw. besprochen, geläutert, geprüft werden sollten, bevor sie als Tatsachen der Welt verkündet und angepriesen werden. Den Schaden haben die Kranken, hat die Wissenschaft, haben die Vertreter der neuen Lehre. Und letzteres ist ganz besonders zu bedauern; denn Autoren wie Freud, Bleuler, Jung verdienen gehört zu werden. Die gerechte Würdigung wird aber erschwert durch Entgleisungen, wie ich deren einige oben anführte, die dann so scharfe Abwehr hervorrufen, wie sie zuletzt Foerster mit Recht notwendig hielt. Der Naturwissenschaftler mag nicht in allem Foerster beipflichten. Was er im besonderen über die Konsequenzen sagt, zu denen die Freudschen Anschauungen führen müssen (siehe Freuds Aufsatz „Sexualprobleme" im „März" 1908 und Prof. v. Ehrenfels Entgegnung), gehört wohl zum Besten, das bisher gegen Freud angeführt wurde. (Foerster, Neurose und Sexualethik, „Hochland", Dez. 1908.) Foerster warnt davor, auf Gebieten von „wissenschaftlicher Ansicht" zu sprechen, „wo es eine exakt wissenschaftliche Feststellung des Tatsächlichen überhaupt nicht geben kann". Ihm erscheinen — mit Recht — die Aussagen des Menschen über seine Sexualität als durchaus unzuverlässig. Er weist auf „die suggestive Wirkung des Fragestellers" hin, wie dies von vielen Seiten geschah, ohne daß bisher derartigen Anschauungen von der Freudschen Schule nur mit einem Beweise begegnet worden wäre. Foerster wundert sich darüber, daß Freud seine so schlecht fundierten Behauptungen der Öffentlichkeit darbietet, er vergleicht die Psychoanalyse sexualis mit den Erzählungen über angebliche Vorkommnisse in der Beichte, und sagt, daß jene etwa vorgekommenen Ungeschicklichkeiten bei ihr zur „prinzipiellen Methode" gemacht werden. Er nennt — leider wiederum mit Recht — „das Beobachtungsmaterial unzulänglich,



die Schlüsse verwegen", und er läßt durch seine Ausführungen, die er selbst als harte empfindet, deutlich erkennen, daß die in die Öffentlichkeit gebrachten Hypothesen nur dazu führten, die medizinische Wissenschaft als solche zu diskreditieren und in dem begreiflichen Widerspruch auch das untergehen zu lassen, was an der Freudschen Lehre gut ist.

Mein Referat beschränkt sich auf das Thema „Hysterie und moderne Psychoanalyse". Ich kann daher auf die Theorien von dem Wesen der Hysterie, besonders ihrer Ätiologie nicht näher eingehen. Insofern aber die Freudsche Methodik in ursächlichem Zusammenhang mit seinen theoretischen Anschauungen steht, muß ich die letzteren kurz skizzieren. Ausführlich habe ich dies in einem Referat aus dem Jahre 1907 getan, auf welches ich verweise. (Freuds neuere Abhandlungen zur Neurosenfrage, Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. X, 1907.)

1895 traten Breuer und Freud mit ihren „Studien über Hysterie" hervor. Das eben in zweiter unveränderter Auflage erschienene Werk gehört sicher zu einer der besten Arbeiten über die Hysterie, und wohl zu der besten Freuds. Bleuler kritisiert dieses Buch (und implizite die später erschienenen Aufsätze) des Autors sehr richtig, indem er sagt: „Es scheint mir, so weit wie das Buch geht, sollte eigentlich jeder Arzt in das Verständnis dieser Fragen eindringen, ganz gleichgültig, ob er nachher das Gelernte praktisch anwenden will oder nicht. Es gehört zur allgemeinen ärztlichen Bildung." (Kritik von Bleuler in der Münch. med. Wochenschrift, 1909, Nr. 3.) In diesen Studien wurde die kathartische oder analytische Methode behandelt: sie stellte sich als ein (hypothetisches) Ergebnis der psychologischen Erkenntnis von der Entstehung, dem Wesen und der Heilung bezw. Behandlung der Hysterie dar. Das was die beiden Autoren in ihrem Buche als psychisches Trauma bezeichneten, entwickelt sich in den späteren Arbeiten Freuds zum alles beherrschenden sexuellen Faktor: Die Ätiologie der Hysterie ist eine sexuelle. Alle Angst- und Zwangsneurosen, Phobien, vielleicht sogar die Paranoia haben die Sexualität zur Grundlage. „Die Neurastheniker infolge von Masturbation verfallen in Angstneurose, sobald sie von ihrer Art der sexuellen Befriedigung ablassen." Seine Erfahrungen gipfeln in der Erkenntnis: „Keine Neurose ohne gestörtes Geschlechtsleben." Er ging aber noch weiter. Was wir zum Teil bisher als kindische Unarten ansahen, ist nur eine Äußerung der infantilen Sexualität. Das neugeborene Kind bringt Keime sexueller Regungen mit: das Wonnesaugen an der Mutterbrust führt zum Einschlafen oder zu einer Art von Orgasmus, der Anus ist eine erogene Zone wie der Mund, darum hält der Säugling den Stuhl möglichst lange an. Er tut dies nicht, weil er, wie wir bisher annahmen, schlecht gewartet wurde oder verstopft ist, sondern damit ihm „der Lustnebengewinn bei der Defäkation nicht entgeht". (!! Ref.)

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Am 8. Januar 1910 wurde in **Stettin** im Preußenhofe die **„pommersche Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie"** gegründet. Zu der von Mercklin-Treptow a. Rega einberufenen Versammlung waren 22 Ärzte aus Stettin und der Provinz erschienen. Herr Mercklin eröffnete die Sitzung, begrüßte die Anwesenden, entwickelte die Gründe, die die Anregung zur Begründung der Vereinigung gegeben hatten, und entwarf in kurzen Zügen ein Programm und die Ziele der neuen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie: Ein Zusammenschluß von Fachärzten, der auch Juristen beitreten können, um ein gegenseitiges Verständnis gemeinsamer Bestrebungen zu fördern und ein gedeihliches Zusammenarbeiten zu verwirklichen. In der nächsten Sitzung der Vereinigung wird ein fixiertes Programm vorgelegt werden. Für die Neurologen und Psychiater Stettins und aus Vorpommern bedeutet die neugegründete Vereinigung ein Bedürfnis, da der Besuch der nord-östlichen Psychiater-Versammlungen wegen der großen Entfernung des Versammlungsortes meist mit zu großen Schwierigkeiten verknüpft ist.

In den Vorstand wurden die Herren Mercklin-Treptow a. Rega, Ernst Schultze-Greifswald, Schultze-Stettin und Niesel-Stettin gewählt.

Nach Konstituierung der Vereinigung sprach zuerst:

Halbey-Ückermünde über die Einflüsse meteorologischer Erscheinungen auf epileptische Kranke. An der Hand von Demonstration von Kurven und Zusammenstellungen berichtete der Vortragende über seine Untersuchungen und Beobachtungen an 10 Epileptikern, die sich über einen Zeitraum von einem Jahre erstreckten. Von allen meteorologischen Erscheinungen hat nur der atmosphärische Druck einen Einfluß auf die Auslösung von epileptischen Anfällen, und zwar kommen nur große, plötzlich einsetzende Druckschwankungen in Betracht. Vielleicht spielt auch noch das elektrische Verhalten der Atmosphäre eine Rolle. (Autoreferat. Der Vortrag erscheint demnächst ausführlich an anderer Stelle.)

Darauf sprach Schnitzer-Stettin (Kückenmühle): Zum gegenwärtigen Stande der Epilepsiebehandlung. In der Einleitung bespricht Vor-



tragender Inhalt und Umfang des Gegenstandes und fixiert seine Stellung zum Krankheitsbegriff der Epilepsie. Die Gruppierung der Behandlungsmethoden geschieht nach 4 Gesichtspunkten. Es wurden unterschieden: die physikalisch-diätetische, die organo- und serumtherapeutische, die medikamentöse und die chirurgische Behandlung. Alle diese Methoden werden unter Berücksichtigung der neueren Arbeiten einer eingehenden kritischen Würdigung unterzogen, und es werden die Ergebnisse eigener Untersuchungen mitgeteilt. Naturgemäß nimmt die Besprechung der Bromtherapie den breitesten Raum ein. Vortrag. empfiehlt von den Bromalkalien in erster Linie das Bromnatrium, das er bei Kindern in Dosen von 2 - 4 g täglich, bei Erwachsenen in Dosen von 3—6 g täglich anwendet, selbstverständlich unter strenger Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse. Das Bromoptimum, d. h. diejenige kleinste Bromdosis, welche imstande ist, die Anfälle am wirksamsten zu beeinflussen, wird Jahre und Jahrzehnte lang gegeben. Ref. demonstriert an 25 Fällen, die kurz skizziert werden, daß eine solche Behandlung recht gute Resultate erzielen kann, allerdings verschweigt er nicht, daß in einzelnen Fällen auch ohne jede besondere Behandlung nur unter dem Einfluß des Anstaltsregimes die Krampfanfälle jahrelang sistieren können. Wichtig ist die Verbindung der Brommedikation mit einer laktovegetabilischen reizlosen und chlorarmen Diät. Die Versuche mit neueren Brompräparaten haben nach den Erfahrungen des Ref. ergeben, daß Bromalin, Brom-Castoreum und Bromglidine keine erheblichen Vorzüge besitzen, Bromipin, Sabromin und Neuronal in den geeigneten Fällen mit Vorteil verwendet werden, auch das Dr. Weil'sche Pulvis antiepilepticus in einem Falle einen eklatanten Erfolg herbeiführte, während das Epileptol-Rosenberg sich als wirkungslos erwies. Die Flechsig'sche Opium-Bromkur ist zwar nicht ohne Gefahren, aber des Versuches wert. In eingehender Weise wird die v. Wyßsche Theorie über die Bedeutung der Bromwirkung kritisch beleuchtet mit dem Ergebnis, daß sie zwar beachtenswert und einleuchtend, aber doch nicht in vollem Umfange zu akzeptieren sei. Bei der Besprechung der chirurgischen Therapie werden die Erfolge von Fedor Krause hervorgehoben, zugleich aber wird der genuinen Epilepsie gegenüber Zurückhaltung empfohlen. (Autoreferat.)

Horstmann-Treptow a. Rega berichtete über den psychologischen Zusammenhang von Fanatismus, Aberglaube und Wahnvorstellungen. Eingangs wird der Begriff des Fanatismus erörtert, dem zur schärferen Heraushebung der des Indifferentismus gegenübergestellt wird. Im maßvollen religiösen Empfinden erkennt Vortragender ein obligates Konstituens der normalen Psyche und im Bekenntnis — im religiösen, politischen und wissenschaftlichen — das physiologische Attribut einer Persönlichkeit.

Der Fanatismus, im Boden des Normalen fußend, führt in seiner Steigerung ohne scharfe Grenzen in den Bereich des Pathologischen. Sentimentalität und Romantik in der religiösen Betätigung lassen immer sexuelle Unterströmungen vermuten. Für die Untersuchung des psychologischen Zusammenhanges von Religiosität und Sexualität erweist sich die Betrachtung des Pietismus und Mystizismus im Mittelalter als besonders instruktiv. An der Hand einiger selbstbeobachteter Fälle wird der Versuch einer Scheidung von Fanatismus und Wahnvorstellung in klinischer Hinsicht gemacht.

Der Aberglaube wird in seiner Stellung zu Wissen, Glauben und Wahnvorstellung präzisiert. Die von Hans Groß aufgestellte Theorie vom psychopathischen Aberglauben wird im beistimmenden Sinne besprochen. Des Begriffes vom Vorurteil wird, als einer Vorstufe von Aberglaube und Wahnvorstellung, Erwähnung getan. Eine fleißigere Beachtung der Alltagspathologie wird empfohlen. (Autoreferat.)

Der von Mercklin-Treptow a. R. angekündigte Vortrag über Migräne mußte wegen der vorgerückten Stunde leider ausfallen.

Neuhof, den 21. Januar 1910.

Kurt Halbey-Ückermünde.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 46. 5. Februar 1909/10.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt:
Artikel: Deutscher Verein für Psychiatrie, Verhandlungen der Kommission für Wahrung der Standesinteressen in der Sitzung zu Berlin am 7. Januar 1910. (S. 399.) — Hysterie und moderne Psychoanalyse. Von Hofrat Dr. A. Friedländer, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M. (Fortsetzung.) (S. 406.) — Mitteilungen. Was kosten die schlechten Rassenelemente den Staat. (S. 408). — Referate. (S. 409.) — Personalnachrichten. (S. 409.)

Deutscher Verein für Psychiatrie.
Verhandlungen der Kommission für Wahrung der Standesinteressen
in der Sitzung zu Berlin am 7. Januar 1910.

Anwesend sämtliche Mitglieder der Kommission und Herr San.-Rat Dr. Laehr, vorübergehend auch Herr Geh. Rat Moeli.

Tagesordnung:

I. Wachsmuth-Frankfurt a. M.: Anträge der Kollegen Frotscher und Becker in Weilmünster: Anstellungsverhältnisse der Oberärzte an den Großherzoglich Hessischen Anstalten.

II. Cramer-Göttingen: Stellungnahme zum Entwurf der Reichsversicherungsordnung.

III. v. Ehrenwall-Ahrweiler: These 3 der Vorschläge zur Strafprozeßordnung: Die Gebühren der psychiatrischen Sachverständigen in Strafsachen in den verschiedenen Bundesstaaten.

IV. Müller-Dösen: Die Ausführungen des Dr. Fritz Hoppe in Nr. 36 der Berliner Klinischen Wochenschrift 1909.

V. Schröder-Altscherbitz: Periodische statistische Zusammenstellung der Anstellungsverhältnisse der Anstaltsärzte.

VI. Vocke-Eglfing, Siemens-Lauenburg: Kleinere Vorlagen.

I. Wachsmuth-Frankfurt a. M.

In einer Denkschrift haben zwei Weilmünsterer Ärzte bei der Kommission den Antrag gestellt, zu befürworten, daß die Frage der Anrechnung der in der allgemeinen Praxis zugebrachten Zeit auf die pensionsfähige Dienstzeit generell für alle Verwaltungen geregelt werde.

Sie haben ihre Vorschläge dahin formuliert, daß generell allen Ärzten, die aus der praktischen Tätigkeit heraus in den irrenärztlichen Dienst übertreten, ein Drittel der in Praxis zugebrachten Jahre auf das pensionsfähige Dienstalter (nicht auf das Gehalt) angerechnet werde.

Denkschrift.

In Anbetracht dessen, daß bezüglich der Anrechnung der zwischen der Approbationserteilung und dem Eintritt in den irrenärztlichen Staats- bezw. Kommunaldienst verbrachten Jahre bei den einzelnen Verwaltungen erhebliche Verschiedenheiten herrschen, daß ferner die Anschauungen der einzelnen Behörden ganz besonders auseinandergehen bezüglich der Bewertung der in der allgemeinen ärztlichen Praxis zurückgelegten Jahre, erlauben sich die ergebenst Unterzeichneten Nachstehendes zu unterbreiten:

Unter Hinweis auf die Beschlüsse des 35. pommerschen Provinziallandtages vom 12. März 1908, wonach der Provinzialausschuß ermächtigt wird, den Ärzten bei den Provinzialheilanstalten auch die Zeit der Beschäftigung als praktischer Arzt auf die Assistentenzeit voll anzurechnen, sowie auf die Gepflogenheit der brandenburgischen Provinzialverwaltung, die Dienstjahre zurückzudatieren bis zum 4. Jahr nach der Approbation, während andere Verwaltungen die praktische Tätigkeit bei der Berechnung des Dienstalters völlig unberücksichtigt lassen, halten wir es für recht und billig, wenn die sämtlichen Verwaltungen sich dahin einigen, daß generell allen Ärzten, die aus der praktischen Tätigkeit in den irrenärztlichen Dienst übertreten, ein Drittel der in der Praxis zugebrachten Jahre auf das pensionsfähige Dienstalter (nicht auf das Gehalt) angerechnet wird.

Wir führen hierzu folgendes aus:

Den praktischen Ärzten ist ohnehin der Eintritt in die irrenärztliche Laufbahn erschwert dadurch, daß dieselben meist verheiratet sind und die Ablösung der freien Station in bar häufig mit Schwierigkeiten verbunden ist, wenn nicht gar das Ledigsein des Bewerbers direkt gefordert wird. Die völlige Außerachtlassung einer längeren praktischen Tätigkeit bezüglich der Berechnung des Dienstalters ist geeignet, den Zuzug aus den



Kreisen der praktischen Ärzte noch weiter zu verringern. Und doch ist die vorherige Tätigkeit in der allgemeinen Praxis für den Irrenarzt und seine Kranken außerordentlich wichtig und wertvoll. Ist schon für jedes Spezialfach eine gründliche Ausbildung in der allgemeinen Medizin unerläßlich, so ist sie ganz besonders notwendig in den großen Heil- und Pflegeanstalten, in denen körperliche Erkrankungen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Die Schulung, die der junge Arzt draußen in der Praxis durchmacht, dürfte doch nicht geringer zu bewerten sein, als z. B. die Kenntnisse, welche in der Hebammenlehranstalt erworben werden. Welcher Wert gerade der praktischen Tätigkeit beizumessen ist, erhellt schon daraus, daß s. Zt. bei der Einführung des praktischen Jahres sich viele Stimmen erhoben, welche den jungen Mediziner in ausgebreiteter Praxis bei vielbeschäftigten Ärzten ausgebildet sehen wollten.

Nun wird häufig seitens der Ärzte, welche direkt nach der Approbation in den Anstaltsdienst eingetreten sind, der Einwand geltend gemacht, daß die Tätigkeit, die der praktische Arzt ausübe, eine erheblich lohnendere sei im Gegensatz zu der Entlohnung des Anstaltsarztes, und daß demnach Gelegenheit genug gewesen sei, Ersparnisse zu machen und durch diese ein niedrigeres Einkommen bezw. mangelnde Dienstjahre zu kompensieren.

Dieser Einwand zeugt zunächst von einer völligen Verkennung der heutigen Lage der praktischen Ärzte. Bei der Überfüllung des ärztlichen Berufes, dem heftigen Konkurrenzkampf, dem Überhandnehmen der Kurpfuscherei ist anerkanntermaßen die pekuniäre Lage der meisten praktischen Ärzte, besonders in den ersten 10 Jahren, keine glänzende und an die Zurücklegung größerer Ersparnisse nur in einzelnen Ausnahmefällen zu denken. Dazu kommt noch, daß von dem etwaigen Zinsgenuß fast immer Ausgaben bestritten werden müssen, die der praktische Arzt im Interesse seiner Familie sich aufzubürden genötigt war (Prämien für Lebens-, Unfall-, Haftpflichtversicherung u. dergl.), und die er nun als Anstaltsarzt nicht ohne weiteres abzustoßen in der Lage ist.

Auch ist es ja gar nicht unsere Absicht, durch sofortiges Einrücken der praktischen Ärzte in höhere dienstliche Stellungen eine Zurücksetzung der von der Pike auf im Dienst befindlich gewesenen Anstaltsärzte anzustreben, sondern wie bereits oben erwähnt, geht unser Wunsch nur dahin, durch teilweise Anrechnung der Praxisjahre auf das pensionsfähige Dienstalter einen kleinen Ausgleich zu schaffen für viele der Carrière verlorene Jahre.

Zum Schluß richten wir an die verehrliche Kommission die ergebenste Bitte, im Sinne unserer Ausführungen wirken und ihre Realisierung erstreben zu wollen, indem wir noch bemerken, daß zu unserem Bedauern bei der Kürze der Zeit es uns nicht möglich gewesen ist, eine begonnene Rundfrage bei den sämtlichen Verwaltungen bezüglich ihrer Stellungnahme zu der in Rede stehenden Frage zu Ende zu bringen.

Mit vorzüglicher kollegialer Hochachtung
ergebenst

Dr. med. R. Frotscher, Oberarzt an der Landes-Heilanstalt, kreisärztlich geprüft.

Dr. med. Wern. Becker, Arzt an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt, pro physikatu geprüft.

M. H.! So sehr eine einheitliche Regelung zu wünschen wäre, so stehen dem doch einige Bedenken entgegen.

Das wichtigste Bedenken ist das, daß in einigen Verwaltungen bereits bessere Bedingungen gewährt worden sind, so z. B. in Pommern, wo die gesamte Tätigkeit als praktischer Arzt nicht nur auf die pensionsfähige Dienstzeit, sondern auch auf das Gehalt angerechnet werden kann. Demnach könnte eine Generalisierung möglicherweise schon Erreichtes in Frage stellen.

Dann darf nicht verschwiegen werden, daß es eine Grenze geben mag, bei welcher die Übernahme eines älteren praktischen Arztes in den immerhin eigenartigen Dienst einer Irrenanstalt nicht mehr im Interesse des Dienstes ratsam erscheint. Ein gewisses Anpassungsvermögen an die Verhältnisse des Anstaltsbetriebes muß vorausgesetzt werden, und das ist bei einem praktischen Arzte, der schon etwas älter ist, nicht eo ipso anzunehmen. Es wird in solchen Fällen für alle Beteiligten nicht leicht sein, in ein harmonisches, kollegiales und dienstliches Verhältnis zu kommen, und das ist für den Betrieb einer Anstalt nicht dienlich.

Der ältere Arzt wird jüngere Vorgesetzte haben, die — den besten Willen von allen Seiten vorausgesetzt — in manchen prinzipiellen Fragen wesentlich anderer Meinung sein werden — und die Grundlage zu einem unerquicklichen Zusammenarbeiten ist geschaffen. Ist nun der gute Wille auf einer oder auf beiden Seiten nicht vorhanden, so werden gespannte kollegiale Verhältnisse geschaffen, die das gesamte Personal und nicht zum wenigsten die Kranken in Mitleidenschaft ziehen müssen.

Es wird die Übernahme eines älteren praktischen Arztes immer eine Art Signal dafür sein, daß eine Notlage vorhanden ist, daß die Verhältnisse nicht danach sind, die Stellung für jüngere Ärzte verlockend erscheinen zu lassen. Diese Notlage hat bestanden und besteht für manche Bezirke noch. Wir müssen daher mit den gegebenen Verhältnissen rechnen und denen gerecht zu werden versuchen, die sich entschlossen haben, den Beruf des praktischen Arztes aufzugeben und den Beruf des Psychiaters zu ergreifen.

Aus persönlichen Mitteilungen weiß ich, daß die großherzoglich hessische Regierung mit einem 54jährigen praktischen Arzt in Verhandlung stand zwecks Übernahme einer Assistenzarztstelle. Ob man in einem solchen Falle gerecht verfährt — persönlich kenne ich den Namen nicht und weiß auch weiter nichts Genaueres von diesem Falle —, ein Drittel der Tätigkeit, vielleicht von dreißig Jahren zehn anzurechnen, möchte ich bezweifeln. Ich würde jedenfalls die Einschränkung machen — bis zu einer

zwölfjährigen Tätigkeit, das wären dann vier anzurechnende Dienstjahre.

Wenn ein praktischer Arzt nach dieser Zeit noch in den Anstaltsdienst übertritt, so soll ihm das nicht verwehrt werden, aber man darf doch auch nicht außer acht lassen, daß er die Zeit als praktischer Arzt von den Schattenseiten des Anstaltsdienstes, z. B. dem langjährigen Zölibat verschont gewesen ist. Ich will in keiner Weise die Schwere des Berufes des Praktikers unterschätzen, aber Licht und Schatten sind dort anders verteilt wie beim Anstaltsarzt.

So wie der Antrag formuliert ist, habe ich nur das Bedenken, daß er in gewisser Weise zu bescheiden gefaßt ist, ich würde die Anrechnung der Hälfte der Zeit nicht zu hoch halten, schon in Rückblick auf das, was bei einigen Verwaltungen bereits erreicht ist. Aber das wäre schon ein weitergehender Antrag, und im Interesse der Einigkeit kann ich mich dem Antrage der Weilmünsterer Kollegen anschließen.

Nach meinen Informationen hat diese Denkschrift eine Vorgeschichte.

Die genannten Ärzte hatten beim Landeshauptmann in Wiesbaden beantragt, daß ihnen ihre Tätigkeit als praktische Ärzte auf die pensionsfähige Dienstzeit angerechnet würde. Das Gesuch wurde abschlägig beschieden unter Hinweis auf die Dienstordnung für die Beamten des Regierungsbezirkes Wiesbaden § 45. Dieser lautet:

Die Dienstzeit wird, sofern dem Beamten eine anderweite Zusicherung bei seiner Anstellung oder später nicht erteilt ist, vom Tage der eidlichen Verpflichtung für den Dienst des Bezirksverbandes an gerechnet . . . .

Von der anstellenden Behörde kann zugesichert werden die Anrechnung desjenigen aktiven Militärdienstes, welcher nicht in die Dienstzeit bei dem Bezirksverbande, aber nach zurückgelegtem zwanzigsten Lebensjahre fällt, der im unmittelbaren oder mittelbaren Staatsdienst oder im Reichsdienste zugebrachten Zeit, sowie pp. (folgen bes. Best. für bes. Beamte des Bezirksverbands).

Ich beantrage, die Kommission wolle den Antrag der Herren Frotscher und Becker unterstützen.

In der Besprechung, an welcher sich Siemens, Schröder, v. Ehrenwall, Cramer, Vocke und der Referent beteiligen, kommt zum Ausdruck, daß eine derartige Anrechnung nicht ohne Bedenken ist. Bei normalen Verhältnissen wird die Anstellung älterer praktischer Ärzte kaum in Frage kommen. Die Anrechnung ihrer gesamten praktischen Zeit wäre unter Umständen auch eine Benachteiligung der bereits länger im Anstaltsdienst stehenden Ärzte. Andererseits wird nicht verkannt, daß es von Vorteil sein kann, wenn Anstaltsärzte einige Zeit in der freien Praxis tätig waren. Es erscheint deshalb empfehlenswert, die Jahre in der Praxis dann teilweise anzurechnen, wenn es sich nicht um eine zu lange Dauer handelt.

Die allgemeine Meinung geht dahin, daß man bis zu fünf Jahren Praxis etwa zur Hälfte anrechnen solle.

Wachsmuth fährt dann in seinem Referat fort:

Die Berechtigung der Bestrebungen der Irrenärzte, sich eine standesgemäße wirtschaftliche Lage zu erringen, ist wohl jetzt zur Genüge allseitig anerkannt, sie sind auch vielfach von gutem Erfolge gekrönt worden.

Soll unsere Arbeit weiterhin erfolgreich sein, so müssen wir uns stets vor Augen halten, daß unsere Vorschläge dann am wirksamsten sein werden, wenn die Kommission sich so einrichtet, daß ihre Vorschläge den Stempel der Einmütigkeit tragen und daß der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie und die Gesamtheit der deutschen Irrenärzte geschlossen hinter uns stehen.

Eine gewisse Gefahr bei dem Streben nach möglichster Gleichstellung der gesamten Psychiater Deutschlands liegt darin, daß wir bei der Aufstellung von Normen einen Durchschnitt bei unseren Forderungen annehmen, der in einzelnen Landesteilen bereits praktisch durch weitergehende Bewilligungen überholt ist.

Ich erinnere an unsere letzte Zusammenkunft in Berlin, in welcher uns mitgeteilt wurde, daß unter anderen die Vorlage der Stadt Berlin in manchen Punkten über die von uns normierten Sätze hinausginge.

Ich erinnere an die überaus günstigen Bedingungen, die in der Provinz Pommern bei Anrechnung der anderweitigen, nicht in psychiatrischen, ärztlichen Berufszweigen verbrachten Zeit auf die psychiatrischen Dienstjahre bestehen.

Eine weitere Gefahr liegt darin, daß wir bei den maßgebenden Behörden den Anschein erwecken könnten, als ob wir uns für befugt hielten, Vorschriften zu machen, was nicht zu unseren Kompetenzen gehört. Zweifellos aber gehört es zu unserer Kompetenz, Verhältnisse zur Sprache zu bringen, welche dringend eine Verbesserung erheischen.

Bei unseren Erhebungen über die Lage und die wirtschaftlichen Verhältnisse der Anstaltsärzte sind für die Anstalten des Großherzogtums Hessen Dinge zutage gekommen, welche das volle Interesse der Standesgenossen wachrufen.



Dort ist statt der notwendigen Verbesserung eine erhebliche Verschlechterung der Besoldungsverhältnisse eingetreten. Das Anfangsgehalt des Oberarztes betrug früher 3500 M. und nach der Neuordnung 2800 M., so daß die Assistenzärzte mit ihrer freien Station sich besser stehen als die Oberärzte. Trotzdem — und mit Recht — besteht absoluter Mangel an Assistenzärzten!

Es ist also auch ohne öffentliche Warnung vor der Annahme einer Assistenzarztstelle in Hessen das eingetreten, was man angesichts der traurigen Verhältnisse erwarten mußte.

Daß Hilfe nötig ist, liegt auf der Hand. Eine Eingabe von unserer Seite an die hessischen Behörden dürfte keinen Erfolg haben.

Selbsthilfe ist die beste Hilfe, deshalb ist es mit Freuden zu begrüßen, daß sich die hessischen Oberärzte zu einer Vereinigung zur Wahrung ihrer Interessen zusammengeschlossen haben.

Um derartige Rückständigkeiten, wie sie in Hessen bestehen, weiteren Kreisen zur Kenntnis zu bringen, komme ich auf den Vorschlag zurück, den ich schon bei unserer vorjährigen Zusammenkunft in Köln angeregt habe und der auch den Beifall aller damals anwesenden Kommissionsmitglieder fand, in einem Anhang an das Laehrsche Buch: „Die Heil- und Pflegeanstalten des deutschen Sprachgebietes" eine objektive Schilderung der ganzen wirtschaftlichen Verhältnisse der einzelnen Anstalten erscheinen zu lassen. Diese statistische Erhebung ließe sich ja kombinieren mit der periodischen Zusammenstellung der Anstellungsverhältnisse der Anstaltsärzte.

Eine Neuauflage des Buches ist nach Auskunft des Sanitätsrats Laehr, welcher geneigt ist, einen solchen Anhang seinem Buche beizulegen, in etwa zwei Jahren zu erwarten.

Unter den gegenwärtigen Verhältnissen würde aber diese Hilfe speziell für die hessischen Anstaltsärzte zu spät kommen, da für das Jahr 1910 bereits eine Neuregelung geplant wird.

Die finanzielle Lage Hessens ist in den letzten Jahren zwar eine schwierige geworden, so daß es am wichtigsten dort fehlt, am Gelde.

Das Anfangsgehalt des Oberarztes mit 2800 M. läßt es aber als ausgeschlossen erscheinen, daß ein akademisch Gebildeter bei den jetzigen Teuerungsverhältnissen sich selbst mit Frau und Kindern standesgemäß erhalten kann.

Die hessischen Oberärzte haben in einer Eingabe an das Ministerium bereits unterm 29. Mai 1909 Gehaltssätze vorgeschlagen, welche denen entsprechen, welche vom Deutschen Verein für Psychiatrie als berechtigte Forderungen anerkannt worden sind. Dafür müssen wir auch eintreten.

Die Eingabe wird verlesen.

Bei der Besprechung nimmt die Kommission mit Erstaunen und Befremden Kenntnis von den traurigen Verhältnissen der hessischen Anstaltsärzte. Während im ganzen Reich die Gehälter aufgebessert wurden, ist das Anfangsgehalt der hessischen Oberärzte sogar herabgesetzt worden. Die Mitglieder sind sich einig, daß die Kommission als solche zu irgendeinem amtlichen Schritt nicht kompetent ist. Es wird beschlossen, daß sich die Kommission an eine Vertrauensperson in Hessen (Referent des Ministeriums und Kollege) privatim wendet und die Bitte an ihn richtet, die Eingabe geeigneten Orts zu vertreten. Ein Schreiben wird von Siemens entworfen und sogleich abgesandt.*)

II. Cramer-Göttingen teilt mit, daß sein Referat „über die Stellungnahme zum Entwurf der Reichsversicherungsordnung" dadurch hinfällig geworden sei, daß das Reichsversicherungsamt erklärt habe, den vorgelegten Entwurf einer durchgreifenden Revision zu unterziehen und hierbei die ärztlichen Wünsche zu berücksichtigen. Nächstens sollen in Berlin Delegierte von sämtlichen medizinischen Fakultäten zusammentreten. Cramer wünscht eine Äußerung der Kommission, ob er bei dieser Zusammenkunft im Namen des Vereins bezw. der Kommission spreche, wenn er die bekannten Wünsche der Ärzte zur Reichsversicherungsordnung auch als solche der Irrenärzte vertrete.

Die Kommission erteilt einstimmig ihre Zustimmung, daß Cramer die Sache der Irrenärzte bei dieser Konferenz vertrete.

III. v. Ehrenwall-Ahrweiler:

Die These 3 der Cöln-Bonner Verhandlungen lautet: „Die Gebühren der ärztlichen Sachverständigen dürfen nicht geringer sein als die anderer Sachverständiger. Es ist deshalb zu verlangen, daß die Bestimmungen für die Gerichtsärzte nicht auf die anderen Ärzte ausgedehnt werden."

Man ging hierbei in der Begründung von der An-

*) Der Empfänger hat dann brieflich seine guten Dienste zugesagt, hat aber auf die schwierige Finanzlage hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht, daß auch die Anstaltsdirektoren dabei nicht ohne Schuld seien. Man hätte einmütig die Regierung darauf aufmerksam machen sollen, daß endlich die Bestimmung aufgehoben würde, wonach zur Erlangung einer festen Oberarztstelle das Kreisarztexamen verlangt wird. Auch der Anschluß an die Gießener Klinik ist verabsäumt worden, von wo den Anstalten Zuzug von Ärzten kommen konnte.



nahme aus, daß die psychiatrischen Gutachten in der Regel sehr schwierig und besonders verantwortlich seien. In den meisten Fällen verlangen diese Gutachten ein umfangreiches Aktenstudium und eine wochenlange Beobachtung. Die in der preußischen Gebührenordnung als Norm hingestellte Zahl von drei Vorbesuchen sei in allen Fällen, in denen eine Beobachtung gemäß § 81 der Strafprozeßordnung stattfindet, durchaus unzureichend. Es sei standesunwürdig, wenn der Stundenlohn für die verantwortliche Arbeit, wie es sehr häufig vorkomme, auf 1 M. und weniger herabsinke, zumal die Sachverständigen auf allen anderen Gebieten höhere Gebühren erhalten. Die Berechtigung der Gerichte, besondere Abmachungen mit den Sachverständigen zu treffen, sei in der jetzt bestehenden Form unmöglich. Bei der wachsenden Bedeutung, welche die psychiatrischen Gutachten von Jahr zu Jahr gewinnen, sei es angebracht, die Gebührensätze, welche zum großen Teil, d. h. bei den meisten deutschen Bundesstaaten, noch aus einer Zeit stammen, in welcher namentlich psychiatrische Beobachtungen und Begutachtungen sehr hinter anderer ärztlicher Gutachtertätigkeit zurückstanden, einer eingehenden Revision zu unterziehen. — Indem wir uns dieser Aufgabe widmen, stellen wir zunächst fest, daß in den Bereich dieser Untersuchung nicht nur die eigentlichen Gebührensätze fallen, sondern auch die Entschädigungen für Reiseunkosten, Verzehr und Verlust an ärztlichem Einkommen. Sehen wir nun zu, wie die bisherigen ärztlichen Gebührensätze aussehen, wobei zu beachten ist, daß ein Unterschied zwischen ärztlichen und psychiatrischen Gutachten nicht gemacht wird.

Wenn wir die einzelnen Gebührensätze der deutschen Bundesstaaten im allgemeinen vergleichen, so finden wir, daß unter den fünf großen Bundesstaaten Preußen, Sachsen, Baden, Bayern und Württemberg der Staat Sachsen dem ärztlichen Sachverständigen mehr, die übrigen Staaten weniger wie Preußen zubilligt. Am entgegenkommendsten ist die freie Hansastadt Bremen, die nicht nur unter den drei Hansastädten, sondern überhaupt unter allen deutschen Staaten die Arbeit des ärztlichen Sachverständigen am meisten würdigt. In den kleineren Staaten findet diese Tätigkeit meist eine geringere Würdigung, in einzelnen Staaten, z. B. in Lippe-Detmold, Schaumburg-Lippe, Hessen, ist die Bezahlung eine geradezu dürftige. Bei den größeren Staaten fällt es auf, daß die Bezahlung der ärztlichen Sachverständigen in Bayern eine verhältnismäßig niedrige ist; auch wird hier wie in Baden und Württemberg ein Unterschied zwischen beamteten und nichtbeamteten Ärzten gemacht, während sonst in allen Staaten beamtete und nichtbeamtete Ärzte gleich behandelt werden.

Die Untersuchung der Gebührensätze hat sich nun mit folgenden Fragen zu beschäftigen:

1. Was wird a) an Tagegeldern und b) an Reisekosten gezahlt?

2. Was für Wahrnehmung eines gerichtlichen Termins, und zwar mit oder ohne Abgabe eines mündlichen Gutachtens in diesem Termin?

3. Wird eine besondere Vergütung für Vorbesuche, Studium der Akten und Copialien bezahlt?

4. Wie hoch belaufen sich die Gebühren für die Abgabe eines schriftlichen Gutachtens?

ad 1. a) Die Bestimmungen für die Tagegelder sehen in den meisten Fällen einen bestimmten, ganz- oder halbtäglichen Satz vor; nur Bremen, Sachsen-Meiningen und Reuß ältere Linie billigen eine Vergütung pro Stunde zu, und zwar in der Höhe von 1, 2 und 3 M. pro Stunde bis zu einem Höchstsatz von 20 M. inklusive Versäumnisgebühr. (Bayern und Württemberg stellten in dieser Beziehung den nicht beamteten Arzt besser, indem sie ihm kein Pauschale, sondern 3 M. pro Stunde gewähren resp. 2 M. Versäumnisgebühr und Ersatz der Auslagen.) Die übrigen Sätze bewegen sich zwischen 5,20 und 15 M. pro Tag; die Sätze 11, 12 und 15 M. sind je einmal vertreten, der niedrigste Satz von 5,20 M. ebenfalls einmal; am meisten Anerkennung findet ein Mittelsatz von 9 M. bezw. 10 M. In neuester Zeit hat Preußen 12 M. bewilligt; mit ihm wohl dasselbe Hamburg, Waldeck und Elsaß-Lothringen, die auch früher die preußische Tagegelder-Vergütung zu der ihrigen gemacht hatten.

Die meisten Staaten sehen in dieser Vergütung eine Entschädigung für die stattgehabte Versäumnis an sonstigem ärztlichen Verdienst; zwei Staaten — Mecklenburg und Bremen — sehen noch eine besondere Vergütung für die Verpflegung vor, sowohl bei beamteten wie bei nichtbeamteten Ärzten.

Meine Ansicht geht dahin, daß hier wohl eine Trennung in der Vergütung für Spezial- resp. Hausärzte und solchen Ärzten anzustreben ist, welche als beamtete Ärzte keine Privatpraxis betreiben. Man kann unmöglich den auf seinen Gehalt angewiesenen beamteten Arzt in Bezug auf die Entschädigung auf gleiche Stufe mit einem vielbeschäftigten Hausarzt oder einem Spezialarzt stellen; für letztere Ärzte ist ein Pauschale anzusetzen, welches sich zwischen einem Niedrigst- und einem Höchstsatz bewegt.

ad 1. b) Entschädigung der Reisekosten.

In acht Staaten werden die Reisekosten nach Kilometergeldern für Land- resp. Eisenbahnweg berechnet,



zuzüglich eines kleinen Betrages für Zu- und Abgang. — 12 Staaten vergüten die nachgewiesenen baren Fahrkosten, denen dann noch einige Staaten kleine Beträge für die Zeit der Hinreise oder für Zu- und Abgang hinzufügen.

Ein Staat vergütet nur 1,50 M. für jede halbe Stunde der Hinreise. Hier dürfte sich die Bestimmung empfehlen, die Reiseunkosten nach der zurückgelegten Kilometerzahl zu entschädigen und außerdem für Zu- und Abgang 3 M. zu bewilligen.*)

ad 2. Wahrnehmung eines gerichtlichen Termins und zwar mit oder ohne Abgabe eines mündlichen Gutachtens.

Hierbei muß leider betont werden, daß die meisten Staaten nur ein verhältnismäßig kleines Pauschale bezahlen für den Weg zum Gericht inkl. Zeitversäumnis und eventueller Abgabe eines mündlichen sachverständigen Gutachtens. Nur in zwei Staaten wird die Abgabe eines mündlichen Gutachtens besonders honoriert, und zwar in Sachsen und Württemberg.

Das Honorar ist entweder ein Pauschale in toto oder pro Stunde. Letztere Fälle bilden die überwiegende Mehrzahl. Meist werden für die ersten zwei bis drei Stunden 6 bis 9 M. bezahlt, für jede weitere Stunde ein geringerer Satz.

Drei Staaten zahlen ein Pauschale, unbekümmert um die Länge der Versäumnis. Preußen zahlt neuestens für die ersten zwei Stunden inkl. Erstattung eines mündlichen Gutachtens 6 M., für jede weitere halbe Stunde 1 M.

Es ist hier anzustreben, daß die Versäumnis pro erste versäumte Stunde höher, mit mindestens 6 M. bewertet wird, jede folgende kann vielleicht etwas niedriger berechnet werden. Vor allem aber muß die Erstattung eines mündlichen Gutachtens besonders honoriert werden.

ad 3. Vergütung der Vorbesuche und Copialien. Die Vergütung von Vorbesuchen und des Studiums der Akten war auch in Preußen bis vor kurzem der vielumstrittenste Punkt. Nur fünf Staaten sind so ärztefreundlich, auch für das Studium der Akten die entsprechende Zeitversäumnis zu vergüten, und zwar in den Grenzen von 3—10 Mark; daneben sehen sie eine Vergütung für Vorbesuche vor, und zwar im Hause 2,50—5 Mark und außer dem Hause steigt der Satz bis zu 15 Mark.

Vier Staaten lassen sich überhaupt auf nichts ein, in zweien ist nur eine Vergütung für Vorbesuche im eignen Hause und bei dreien nur dann vorgesehen, wenn sich der Arzt außerhalb des Hauses bemühen muß.

Die neue Gebührenordnung des preußischen Staates hat ebenfalls wieder die Berechnung der Vorbesuche eingeführt. Die Gebührenordnung sieht für Vorbesuche die Sätze von 3—5 M. vor. Wir Ärzte müssen darauf bestehen, daß die Zahl der Vorbesuche nicht gesetzlich limitiert wird, sondern daß dem Sachverständigen soviel Vorbesuche gestattet und angerechnet werden, als die Schwierigkeit des Falles erfordert.

Es ist klar, daß wir in unseren Forderungen darauf bestehen müssen, daß die Durchsicht der Akten, die mitunter in Wochen nicht beendet ist, besonders vergütet werden muß, und zwar nach der Größe derselben bezw. nach der Seitenzahl. Dabei ist ein Minimal- und vielleicht auch ein Maximalsatz vorzusehen. Im übrigen ist ein Staat so liebenswürdig, für die bei den Vorbesuchen stattfindende körperliche Untersuchung eine besondere Gebühr zu bewilligen, und zwar getrennte Sätze für die körperliche und die des geistigen Zustandes. Dabei wird die letztere Untersuchung höher bewertet. Indeß fällt dieser Gebührensatz wohl unter das folgende Kapital, das Honorar für das Gutachten.

ad 4. Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß die Gebühren für das mit wissenschaftlichen Gründen unterstützte Gutachten fast in allen Staaten zu gering sind. Am richtigsten gehen vielleicht noch diejenigen Staaten vor, die das Gutachten nach der Bogen- oder Seitenzahl bewerten. Denn man darf wohl im allgemeinen annehmen, daß die schwierigeren Gutachten, welche sich auf vorausgegangene Entscheidungen stützen oder differential-diagnostische Kritiken enthalten, auch größeren Umfang bekommen, so daß die Honorierung des Umfangs schließlich auch implizite eine Honorierung der wissenschaftlichen Leistung enthält. Nur kommt es darauf an, wie hoch der Bogen bezahlt wird, und da erscheint der Satz von 3 Mark für den ersten und 2 Mark für den folgenden Bogen, wie er in Lippe-Detmold üblich ist, zu gering. Es ist überhaupt nicht einzusehen, warum die auf den ersten Bogen folgenden geringer bewertet werden sollten. Eher müßte das Gegenteil der Fall sein, da doch gerade die mittleren und letzten Bogen die wissenschaftliche Begründung des Endurteils enthalten.

In manchen Staaten bewegen sich die Sätze zwischen 6 und 24 Mark, manche Staaten haben viel geringere Sätze, während Sachsen 6—45 Mark und Bremen sogar 6—50 Mark vergütet; Preußen hat neuerdings Sätze von 10—30 Mark eingeführt.

*) Dies war auch die Ansicht der Kommission.



Es ist kein Zweifel, daß ein Mindestsatz von 6 Mark für das ganze Gutachten inkl. Untersuchung zu gering ist. Beträgt doch schon die Gebühr für eine körperliche Untersuchung in Preußen 3—5 Mark und in den übrigen Staaten durchweg dasselbe, geschweige denn für eine Untersuchung und Gutachten über die geistigen Fähigkeiten. Hier muß als Mindestsatz ein solcher von 12 Mark gefordert werden, steigend entweder nach dem Umfang des Gutachtens pro Bogen um 5 Mark oder als Maximalsatz einen solchen von etwa 75—100 Mark enthaltend.

Letztere Forderung wird um so verständlicher, wenn man mit diesem Maximalsatz die Gebühren der andern medizinischen resp. chemischen Sachverständigen vergleicht.

Nach der neuen preußischen Gebührenordnung können für sogenannte technische Untersuchungen, z. B. chemische, physikalische, mikroskopische Untersuchungen, 3—75 Mark erhoben werden, Sätze, welche gegen früher die doppelte Erhöhung und die Gleichstellung mit einer Reihe anderer Bundesstaaten erfahren haben. Ja noch mehr: während obige Gebühren früher für alle Untersuchungen in einer Beweissache nur einmal gewährt wurden, kann jetzt für jedes getrennt zu untersuchende Objekt, z. B. für Blut, Leber, Nieren, Magen- und Darminhalt etc., event. der Höchstsatz liquidiert werden, so daß also bei 6 verschiedenen Objekten 36—900 M. in Anrechnung gebracht werden können.

Wir sehen also, daß wir Psychiater bei einem Maximalsatz von 75—100 Mark noch erheblich weit hinter den sog. technischen Gutachtern zurückstehen würden.

Diskussion.

Cramer: Eine generelle Regelung ist sehr schwierig, da jeder Bundesstaat das Recht hat, die Sache selbst zu regeln. Die jetzige Gebührenordnung in Preußen ist im allgemeinen nicht ungünstig.

Siemens: Nachdem in Preußen jetzt eben ein Gesetz (14. Juli 1909) erlassen ist, dürfte eine anderweite Ordnung der Gebühren für absehbare Zeit ausgeschlossen sein. Auch andere Bundesstaaten haben erst kürzlich die Sache gesetzlich festgelegt.

Cramer: Jedenfalls sollte das Referat von Ehrenwall veröffentlicht werden. Einen Unterschied zwischen praktischen und Spezialärzten darf man nicht machen. Die Zahl der Vorbesuche muß nach der Notwendigkeit für den einzelnen Fall bestimmt werden können. Die Taxierung des Gutachtens nach der Seitenzahl ist nicht zweckmäßig, das Gutachten muß vielmehr nach der Schwierigkeit und der geleisteten geistigen Arbeit bewertet werden.

Vocke: In Bayern liegen die Verhältnisse so ungünstig, weil für ein schriftliches Gutachten, wenn die Staatskasse die Kosten zu tragen hat, nur ein Satz von 10 M. gewährt wird. Eine Erhöhung dieses Satzes kann von Sachverständigen durch die Anrufung des Ministeriums erwirkt werden, in schwierigen Fällen wird die geleistete Arbeit jedoch nie wirklich bezahlt. Im vergangenen Jahre wurde mir ein umfangreicher Akt übersendet, und ich wurde ersucht, im Wiederaufnahmeverfahren gegen einen im Strafvollzuge Verstorbenen ein Obergutachten abzugeben. Da schon ein kurzer Einblick in die Akten ergab, daß es sich um ein zeitraubendes und schwieriges Gutachten handelte, und da in Bayern auch für Aktenstudium nichts gewährt wird, machte ich die Übernahme abhängig von der vorherigen Bewilligung eines Honorars von 100 M. Gericht und Ministerium lehnten die vorherige Zusicherung eines bestimmten Betrages ab. Nach der Sachlage erschien es wahrscheinlich, daß ich für das Gutachten nur die Mindesttaxe von 10 M. erhalten würde. Ich fragte deshalb beim Gericht an, ob es ein Gutachten für 10 M. wünsche oder ein ausführlich motiviertes Gutachten. Im ersteren Falle würde ich nur von den Urteilen und den bereits vorhandenen Sachverständigengutachten Kenntnis nehmen, in letzterem Falle würde ich mich weigern, die Akten zu studieren, sofern nicht das Gericht mich dazu zwingen könne. Das Gericht erklärte, im vorliegenden Falle sei ein ausführliches und erschöpfend motiviertes Gutachten nötig. Ich erneute nun meine Weigerung, die Akten zu Hause zu studieren, und da das Gericht mich offenbar nicht dazu zwingen konnte, wurden unter entgegenkommender Berücksichtigung meiner Wünsche verschiedene Gerichtstermine in München anberaumt, während welcher ich im Zimmer des beauftragten Richters die Akten einsah und exzerpierte. Die schließlich von mir verlangte Gebühr für das umfangreiche schriftliche Gutachten wurde vom Justizministerium von 80 auf 50 M. herabgesetzt. Immerhin ist der ursprünglich von mir geforderte Betrag von 100 M. durch die Abhaltung von mehreren Gerichtsterminen überschritten worden. Unsere bayerische Gebührenordnung ist höchst reformbedürftig. Sie ist schon acht Jahre alt und eine baldige Änderung ist nicht aussichtslos.

(Schluß folgt.)



Hysterie und moderne Psychoanalyse.

Von Hofrat Dr. *A. Friedländer*, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M.

(Fortsetzung.)

Moll (Das Sexualleben des Kindes, 1909) wendet sich in seiner beachtenswerten Monographie gegen die Freudsche Lehre im allgemeinen mit den Worten: „Ich glaube aber, daß Freuds Annahme als richtig nicht erwiesen ist, und daß er Fremd- und Autosuggestionen nicht hinreichend ausgeschaltet hat", und gegen seine Auffassung der kindlichen Sexualität im besonderen, indem er sagt: „Freud sieht im Leben des Kindes Sexuelles, wo gar nicht die Rede davon sein kann."

In den Kreis solcher Betrachtungen zog dann Freud auch die Normalpsychologie in seinen Arbeiten über Witz („Die Zote ist an eine bestimmte Person gerichtet, von der man sexuell erregt wird und die durch das Anhören der Zote von der Erregung des Redenden Kenntnis bekommen, und dadurch selbst sexuell erregt werden soll. Die Zote ist also ursprünglich an das Weib gerichtet und einem Verführungsversuch gleichzusetzen.") — Wenn also in Herrengesellschaft „Zoten gerissen" werden, so ist dies ein Beweis dafür, daß dieselbe aus Homosexuellen besteht? Referent.) — Über Traum (wenn eine Frau vom Fallen träumt, so deutet dies auf einen sexuellen Inhalt; Überzieher oder Winterrock bedeuten Schutzpräparate gegen Ansteckung.) Über Vergessen, Versprechen usw. Die letzten Konsequenzen scheint mir Freud zu ziehen in seinem Aufsatz „Charakter und Analerotik". (Psych.-neurol. Wochenschrift, 1908, Nr. 52.) Personen, die ordentlich, sparsam und eigensinnig sind, könnten als ehemalige Analerotiker, ihre Eigenschaft des Eigensinns, der Ordnungsliebe, der Sparsamkeit als Ergebnis der Sublimierung aufgefaßt werden. Freud gibt selbst zu, daß ihm die „innere Notwendigkeit dieses Zusammenhanges natürlich selbst nicht durchsichtig ist." Er sucht deshalb nach Stützen für diese seine neueste Hypothese. Zu welch absonderlichen Erklärungsversuchen er hierbei kommt, das geht aus seiner Anführung der bekannten Aufforderung Götz von Berlichingens hervor. Er bringt Eigensinn, Trotz und Defäkation bezw. die Anusgegend in psychologische Verbindung. Der Geiz kann sicherlich oft als ein krankhaftes Symptom erscheinen, worauf Oppenheim hinweist, 'indem er sagt: „Auch durch krankhaften Geiz kann sich die hysterische (bez. psychopathische) Anlage früh verraten." Und wenn er hinzufügt: „es ist auffallend, wie wenig Beachtung dieses Phänomen und seine Beziehung zu psychopathischen Zuständen bisher gefunden hat", so dürfte dieser Autor wohl erstaunt sein, welche Deutung Freud für dieses Phänomen gefunden zu haben glaubt. Es ist bekannt, daß Freud Schule gemacht hat. Melancholie, Dementia praecox, manisch-depressives Irresein wurden in den Kreis derselben Betrachtungsweise gezogen (Bleuler, Jung, Abraham, Groß), desgleichen Asthma bronchiale (Stegmann) und die psychische Impotenz (Ferenczi, Psych.-neurol. Wochenschrift, 1908, Nr. 35), Legenden und Märchen (Maeder, Psych.-neurol. Wochenschrift, 1908, Nr. 7; Riklin, ebenda, 1907), die Verwandtenehen (Eheschließung mit einer Verwandten deutet auf Inzestneigungen aus der Kindheit hin, Abraham in der Novembersitzung der neurol.-psychiatr. Gesellschaft, Berlin, 1908), der Alkoholismus (Abraham). Wir haben aber wohl noch eine Vertiefung des Systems zu erwarten, nachdem Freud sich entschlossen hat, „Schriften zur angewandten Seelenkunde" — eigentlich müßte es heißen, zu der von Freud „angewandten" Seelenkunde — herauszugeben, in denen auf dem hypothetischen Boden, unbeirrt durch alle gegenteiligen Anschauungen, weitergearbeitet wird. (1. Heft, Freud, Der Wahn und die Träume in W. Jensens „Gradiva", 2. Heft, Riklin, Wunscherfüllung und Symbolik in Märchen, 3. Heft, Jung, Der Inhalt der Psychose, 4. Heft, Abraham, Traum und Mythus, 1908 bis 1909.)

Worin besteht nun die Freudsche Therapie? Freud und Breuer verwandten ursprünglich die von ihnen sogenannte kathartische oder Abreaktionsmethode. In der Hypnose sollte der „eingeklemmte Affekt" frei gemacht und dadurch zum Verschwinden gebracht werden. Diese Methode ist für manche Fälle sehr brauchbar. Heute geht Freud in der Weise vor, daß er seine Kranken ihre Einfälle erzählen läßt, dabei ihre Träume zu Hilfe nimmt, und aus ihren Erzählungen die Ursache ihrer Krankheit zu gewinnen sucht. Er will ihnen auf diese Weise erstens klar machen, wieso sie gerade diese oder jene bestimmten Symptome bieten und ihnen zweitens zeigen, wie sie späterhin selbst ihre Seele vor ähnlichen Schädlichkeiten bewahren können. Es liegt auf der Hand, daß eine solche Erziehung sehr viel Gutes stiften kann. Freud sieht aber, wie oben erwähnt, in der Sexualität die Wurzel der Neurose. Demgemäß fahndet er nur nach sexuellen

Erlebnissen. Er dringt mit seinen Analysen nur in das Geschlechtsleben oder in die Vorstellungen von demselben ein, er bespricht mit seinen Kranken alle möglichen Perversitäten. Eine seiner Kranken wurde als 14 jähriges Mädchen geküßt. Die Symptome ihrer Hysterie sind u. a. Tussis nervosa, Aphonie, Dyspnoe. Zeitweise hat sie eine „Empfindungshalluzination" von dem Drucke, den der sie umarmende Mann auf sie ausübte. Freud sagt: „Ich denke, sie verspürte nicht bloß den Kuß auf ihren Lippen, sondern auch das Andrängen des erigierten Gliedes gegen ihren Leib. Auf seine Fragen (!) erfuhr er von der Patientin, daß seine Annahme richtig gewesen sei. Die Aphonie entspricht den verdrängten Vorstellungen von der Impotenz des Vaters und seinem sexuellen Verkehr per os mit einer Freundin der Mutter.

Zunächst schlossen sich Freud Hellpach und Löwenfeld an, ohne sich aber mit ihm so vollständig zu identifizieren wie Stegmann, Juliusburger, Muthmann, Porosz, Binswanger jun., Cláparède, Baroncini, auf die ich nur hinweisen kann. (Ich verweise auf die wertvolle, fast lückenlose Zusammenstellung der Literatur in der Schultzschen Arbeit, die Anhängern wie Gegnern der Freudschen Lehre dringend empfohlen werden muß. I. H. Schultz „Psychoanalyse". In der Zeitschrift für angewandte Psychologie, 1909, Nr. 2.) Mit seiner psychoanalytischen Methode erklärten sich weiter einverstanden die Schweizer Bleuler, Jung und Riklin. Letztere versuchten in ihren gründlichen Assoziationsstudien die Freudschen Ansichten wissenschaftlich psychologisch zu stützen. Riklin sieht in dem Komplex (die Summe gewisser affektiver Vorstellungen bez. Erlebnisse) mit seinen Wirkungen die Hauptsache der hysterischen Psychologie: „aus dem Komplex können wohl alle hysterischen Symptome abgeleitet werden." Dementsprechend verfährt er bei der Therapie, indem er mit Hilfe der Analyse den Komplex zu ergründen und zu lösen sucht. Sehr wertvolle Anregungen bietet Jung, der wie bekannt seine Untersuchungen auch auf das Gebiet der Dementia praecox ausgedehnt hat. Ich führe die wichtigsten Sätze aus seinen Arbeiten „Diagnostische Assoziationsstudien" an:

1. Der bei psychogenen Neurosen in den Assoziationen auftretende Komplex stellt die Causa morbi dar (die Disposition vorausgesetzt). Alle psychogenen Neurosen enthalten einen Komplex, der sich dadurch vom normalen Komplex unterscheidet, daß er mit außerordentlich starken Gefühlstönen ausgestattet ist und daher eine derart konstellierende Kraft besitzt, daß er das ganze Individuum unter seinen Einfluß zwingt.

2. Die Assoziationen können daher ein wertvolles Hilfsmittel zur Auffindung des pathogenen Komplexes sein, mithin also zur Erleichterung und Abkürzung der Freudschen Psychoanalyse dienen.

3. Die Assoziationen vermitteln uns eine experimentelle Einsicht in den psychologischen Aufbau des neurotischen Symptoms. Hysterische und Zwangsphänomene stammen von einem Komplex ab. Die körperlichen und psychischen Symptome sind nichts als symbolische Abbilder des pathogenen Komplexes.

An anderer Stelle: „Der in den Assoziationen aufgedeckte Komplex ist die Wurzel der Träume und der hysterischen Symptome. Die Störungen, welche der Komplex im Assoz.-Exper. verursacht, sind nichts anderes als die Freudschen Widerstände bei der Psychoanalyse.

Die Verdrängungsmechanismen sind die gleichen beim Assoziations-Exper. wie beim Traum und wie beim hysterischen Symptom.

Der Komplex hat bei der Hysterie eine abnorme Selbständigkeit und neigt zu einer aktiven Sonderexistenz, welche die konstellierende Kraft des Ichkomplexes progressiv herabsetzt und vertritt. Dadurch wird allmählich eine neue Krankheitspersönlichkeit geschaffen, deren Neigungen, Urteile und Entschlüsse nur in der Richtung des Krankheitswillens gehen. Durch die zweite Persönlichkeit wird der normale Ichrest aufgezehrt und in die Rolle eines sekundären (beherrschten) Komplexes gedrängt.

Eine zweckmäßige Behandlung der Hysterie muß also bestrebt sein, den normalen Ichrest zu stärken, was am besten dadurch geschieht, daß irgendein neuer Komplex eingeführt wird, der das Ich von der Herrschaft des Krankheitskomplexes loslöst."

Diese Thesen sind gewiß sehr interessant. Aber gerade der letzte Satz enthält das, was jeder Psychotherapeut — vielleicht ohne solche gründliche psychologische Überlegung — von jeher angestrebt hat. Die Stärkung des „kranken Ich", die Einführung neuer Zielvorstellungen in den kranken Gedanken- und Gefühlsmechanismus, Erziehung zur Selbstbeherrschung, zur Unterdrückung der Affekte, Anleitung zu ablenkender Arbeit — das war und bleibt das Rüstzeug einer zweckmäßigen Behandlung der Hysterie und der Neurosen überhaupt. Und was Jung den Krankheitskomplex nennt, wird die „alte Schule" nach wie vor Störung der Affekte und Autosuggestion nennen.

Frank und Bezzola schließen sich Freud insofern an, als auch sie von der traumatischen



Ätiologie der Hysterie überzeugt sind. Bezzola aber wendet nicht die psychoanalytische Methode an, sondern die Psychosynthese. Er fand, „daß manchen Patienten auch bei stundenlangem „Warten" „nichts einfiel". Bei anderen waren die Einfälle so disparat und nichtssagend, daß trotz aller Phantasieanwendung ein unterbewußter Reizkomplex nicht zu konstatieren war. Die psychischen Gebilde sind durch Wünsche und Strebungen des Kranken mehrdeutig geworden wie seine Träume. Sie machen den Eindruck der Autosuggestion. Er sagt dann weiter: „Der Arzt darf nicht Erklärungsversuche suggerieren.. denn alle Neurotiker sind auffallend suggestibel im Sinne ihrer Symptome." Das von ihm angewandte Verfahren der „Psychosynthese", auf das ich nicht eingehen kann, weil dies zu weit führen würde, scheint mir aber auch nicht geeignet, Autosuggestionen auszuschließen. Jedenfalls verdient aber die objektive Darstellung seiner Ergebnisse hervorgehoben zu werden, indem er offen erklärt, daß sein Verfahren zweifellos günstig wirkte, wenn auch nicht stets eine vollständige Lösung erfolgen mag. Mit Breuer und Freud stimmt er darin überein, daß neurotische Symptome meistens von stark gefühlsbetonten Erlebnissen herrühren. Er verwahrt sich aber dagegen, daß er die Freudsche Sexualtheorie stützen wolle. „Die Sexualität als Grundätiologie anzunehmen, scheint mir verfehlt; in meinen Fällen spielt sie eine auffallend geringe Rolle; Freud konstruiert und suggeriert, ich lasse direkt erleben." Wenn Bezzola aber weiter meint, bei ihm sei jede Gefahr einer falschen Deutung ausgeschlossen, weil er jede Suggestion vermeidet, so glaube ich, wie oben erwähnt, daß er sich hierin doch ab und zu täuschen kann. Nichts ist schwerer, als bei solchen therapeutischen Bestrebungen — sie heißen nun „Analyse" oder „Synthese" — jede Suggestion zu vermeiden.

Ganz und gar auf dem Boden der Freudschen Anschauungen steht Stekel, dem wir eine „Monographie über nervöse Angstzustände" verdanken.

Diese Arbeit ist 1908 erschienen. Die Gegner der Freudschen Lehre kommen darin am besten weg, denn sie werden nicht erwähnt. Für diesen Autor sind die Arbeiten Binswangers, Oppenheims, Aschaffenburgs, Weygandts, des Referenten u. v. a. nicht vorhanden. Freud wird, wenn ich richtig gezählt habe, 79 mal zitiert. Stekels Traumanalysen müssen im Original nachgelesen werden. Aus diesem Buche will ich nur eine Stelle wörtlich zitieren: „Ich fordere nun den Patienten auf, mir eine Reihe von Worten zu sagen, die ihm nach dem Reizwort „Mutter" einfallen. Er beginnt: Mutter, Schwester, Bruder, Vater, Haus, Glück, Schnee, Schlitten, Gesellschaft, idiotisch, Kapauner, Kreuzdonnerwetter, Du kannst mich gern haben, Du kannst mich . . ., koitieren, je vous aime, Madame, je vous aime, monsieur, Opodeldok, Popokate, auf dem Baume sitzt die Pflaume . . . Im Schlitten machte er mit der Mutter eine fröhliche Fahrt; wie ein Idiot wiederholte er immer wieder ein Wort: Popokate. Es ist dies ein Wort, das er aus einem Studentenliede kennt, dessen Anfang lautet: O, welch ein Vergnügen ist die Liebe! Kapaun ist eine Beziehung auf persönliche Verhältnisse (Impotenz!); dann kommen die Flüche, denen eine Liebesszene folgt, dann drei dieser obsedierenden Worte — jedes eine Beziehung zum Sexualkomplex zeigend. (Opo-popo; die Mutter heißt Kathi!) Popokate ist also eine Verschmelzung aus Popo und Kathi. Auf den Analkomplex beziehen sich noch „Kapauner" und die beiden „Du kannst mich usw." Der Patient hatte sich damit vollständig verraten . . ."

So dringt man in das Seelenleben der Kranken ein. (Glaubt Stekel!!) Alle diejenigen, die dies nicht können, müssen wohl darauf verzichten, solche Heilerfolge zu erzielen wie er. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Was kosten die schlechten Rassenelemente den Staat!** Ein Freund der „Umschau" (Frankfurt a. M.) hat derselben 500 M. zur Verfügung gestellt, und es wurde beschlossen, diese zu einem Preisausschreiben zu verwenden für die beste Untersuchung über obige Frage. Sie wird in folgender Weise begründet: In allen Veröffentlichungen, welche sich mit der Verbesserung unserer Rasse beschäftigen, wird darauf hingewiesen, welche Unsummen der Staat, die Kassen und der Privatmann direkt und indirekt für Irrenhäuser, Zuchthäuser, Kranke ausgeben, an Personen, die sich selbst und den Mitmenschen eine ständige Last sind, die Tausende und Tausende tüchtiger Bürger von nützlicher Arbeit abwenden, um sie für sich selbst als Wärter, Beamte, Ärzte usw. in Anspruch zu nehmen. Wir arbeiten fast mehr für die gesellschaftlichen Krüppel als für eine organisierte Aufzucht der guten gesunden Elemente!

Leider liegen für diese Tatsachen bisher keine kritischen, zahlenmäßigen Daten vor, die auf Grund eingehender statistischer Zusammenstellung gewonnen sind.

Deshalb wird der der „Umschau" zur Verfügung gestellte Betrag von 500 M. für eine eingehende Untersuchung obengenannter Frage ausgesetzt. Preisrichter sind die Herren Dr. Bechhold, Herausgeber der Umschau, Prof. Dr. v. Gruber, Direktor des hygienischen Instituts der Universität München und Prof. Dr. Hueppe, Direktor des hygienischen Instituts der deutschen Universität Prag. — Nähere Auskunft wird erteilt von der Redaktion der „Umschau", Wochenschrift für die Fortschritte in Wissenschaft und Technik. (Frankfurt a. M., Neue Kräme 19/21.)

Referate.

— Fuchs, Walter, Frühsymptome bei Geisteskrankheiten. Verlag: Max Gelsdorf. (Ref.: v. Wieg-Wickenthal, Wien.)

Verf. spricht im ersten Teil seiner Arbeit von dem Zusammenhang zwischen Geisteskrankheiten und Erblichkeit im allgemeinen und hebt da mit Recht hervor, daß „streng genommen, die Frühsymptome von Geisteskrankheiten schon auf der Ahnentafel beginnen." Die erbliche Belastung sei im allgemeinen eine Hauptlieferantin für große Psychosengruppen. Verf. unterscheidet zwischen einer einfachen erblichen Belastung, d. h. der Veranlagung zu leichteren, gutartigen Psychosen, und einer degenerativen Belastung, einer eigentlich progressiv erblichen Entartung, wobei in den betreffenden Familien gehäufte schwerere psychische Krankheitsbilder auftreten. Diese hier kurz angedeuteten Gedanken werden nun eingehender erläutert und ausgeführt. Der zweite Teil der Arbeit ist der Frage der Degeneration als solcher gewidmet. Es werden da neben den äußeren Degenerationszeichen der Schar der sogenannten „inneren Stigmata" Erwähnung getan und näher besprochen. Verfasser schildert dann kurz die funktionellen „Alarmzeichen als physiologisch-psychologische Entartungssymptome, skizziert recht prägnant die pathologischen Persönlichkeiten und meint, daß die eben erwähnten Paradigmata psychischer Konstitution eigentlich als Frühsymptome geistiger Erkrankung im weitesten Sinne des Wortes aufzufassen sind. Diese letzteren werden nun eingehend sowohl auf dem Gebiete der Verstandestätigkeit als auch des Affektlebens der psychisch Entarteten untersucht und besprochen.

— Pilcz, Spezielle gerichtliche Psychiatrie für Juristen und Mediziner. Deuticke, Wien, Leipzig, 216 S., 1909.

Eine kurze, aber klare Darlegung der Materie, mit einer Reihe von Krankengeschichten, hauptsächlich für Juristen bestimmt. Verf. bekennt sich als Anhänger der Ansichten von Wagner, die eben zum Teil diskutabel sind, und, soweit die Verbrecher oder Dirnen in Frage kommen, sehr nach Lombroso schielen. Das Kapitel über Moral insanity — ein Namen, der von den meisten mit Recht verworfen wird — ist am ausführlichsten behandelt, außerdem auch in sehr interessanter Weise. Verf. verlangt für den moralisch Schwachsinnigen eigene Staatanstalten. Näcke.

Personalnachrichten.

— **Landespflegeanstalt Tapiau Ostpr.** Der praktische Arzt Ernst Pietsch aus Königsberg i. Pr. ist vom 1. Januar 1910 ab als IV. Anstaltsarzt angestellt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 47. 12. Februar **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Deutscher Verein für Psychiatrie, Verhandlungen der Kommission für Wahrung der Standesinteressen in der Sitzung zu Berlin am 7. Januar 1910. (Schluß.) (S. 411.) — Mitteilungen (S. 417): Vom goldenen Anstaltsjubiläum des Herrn Geheimen Rat Dr. Guido Weber-Sonnenstein. Eingesandt. Zum Kapitel: Abwehr. Ärztegehälter. — Referate. (S. 418.)

Deutscher Verein für Psychiatrie.
Verhandlungen der Kommission für Wahrung der Standesinteressen
in der Sitzung zu Berlin am 7. Januar 1910.

(Schluß.)

IV. Müller-Dösen.

Dr. Fritz Hoppe, früher selbst Arzt an ostpreußischen Irrenanstalten, beklagt in einem kürzlich veröffentlichten Artikel*) die Abhängigkeit und Bedeutungslosigkeit der Ärzte an Irrenanstalten gegenüber der allmächtigen Stellung der Direktoren, und schlägt zur Verbesserung der dienstlichen Verhältnisse vor: Zunächst die Anstellung eines Landesmedizinalrats, der dem Direktor den Schwerpunkt der Personalfragen aus der Hand nehmen soll, als Endziel aber die völlige Beseitigung der Direktorstellung und ihren Ersatz durch eine mehrköpfige Direktion, welche aus den einander koordinierten Oberärzten und vielleicht auch dem Verwaltungsinspektor gebildet wird.

Der „Landespsychiater" — bekanntlich eine alte und stellenweise verwirklichte Forderung aus irrenärztlichen Kreisen — würde gewiß den Ärzten ein Anhalt bei etwaiger ungerechter Behandlung durch den Direktor und auch ihm ein Schutz gegen unberechtigte Angriffe von seiten streitsüchtiger Ärzte sein können, doch würden die dienstlichen Verhältnisse an der Anstalt zweifellos keine wesentliche Änderung erfahren, wenn er nur eine Aufsichtstätigkeit ausübt. Tatsächlich verlangt nun auch Hoppe, daß er dem Direktor einen Teil seiner Geschäfte abnehmen soll.

Welche Tätigkeit von dem Direktor auf den Landesmedizinalrat übergehen könnte, ist mir freilich völlig unklar. Die Kontrolle der Ärzte und des Pflegepersonals, woran scheinbar vor allem gedacht ist, übt der Direktor im wesentlichen nur dadurch aus, daß er sich über den Zustand der Kranken und der Abteilungen unterrichtet. Hierin aber wird man seine Tätigkeit am wenigsten beschneiden dürfen, da es wünschenswert ist, daß er nicht ganz in bureaukratischen Verwaltungsgeschäften aufgeht, sondern auch durch seine Erfahrung als Arzt der Anstalt und den ihm unterstellten Ärzten nützt.

Welche Tätigkeit es nun auch sei, der Landesmedizinalrat, welcher alle 14 Tage einmal einkehrt, kann unmöglich irgendwelche Einzelheiten des Anstaltsbetriebs ebensogut ausführen wie der ganz mit der Anstalt verwachsene Direktor, wird vielmehr meist auf die Darstellungen und Ansichten anderer angewiesen sein und ihrer Zuverlässigkeit vertrauen müssen. Was aber soll in den 13 Tagen seiner Abwesenheit werden? Wenn nun wichtige Personalfragen sofort Entscheidung fordern?

Der Direktor verliert, wenn ihm die Personalfragen aus der Hand genommen werden, zum Schaden seiner Schaffensfreude ein wertvolles Stück von seinem Arbeitsfeld, denn er wirkt vor allem dadurch, daß er sich tüchtige Ärzte etc. heranbildet und an solche Posten stellt, wo sie ihre Kräfte für die Interessen der Kranken und der Anstalt entfalten können.

Besonders schwer schädigt dieser Vorschlag die Anstaltsärzte. Sie kommen gewissermaßen eine Stufe tiefer, unter den doppelten Druck zweier Vorgesetzter, und ihre Selbständigkeit wird nicht nur nicht erweitert, sondern sogar noch dadurch beschränkt, daß sie dem Direktor wichtige Aufgaben abtreten sollen, wie die Ausbildung des Pflegepersonals.

*) In der Berliner klin. Wochenschr. 1909, Nr. 36, S. 1658.



Daß gar der Direktor die Ausbildung des Pflegepersonals „unter Anwesenheit der anderen Ärzte“ vornehmen soll, erscheint doch ganz rückständig und bietet den Ärzten nicht gerade Gelegenheit zu selbständiger Betätigung.

Fr. Hoppes zweiter Plan, welcher die völlige Beseitigung der Direktorstellen fordert, bedeutet eine tief eingreifende Änderung unseres Anstaltswesens, indem er die mit soviel Eifer und Mühe errungene einheitliche ärztliche Leitung der Irrenanstalten aufgibt. So gut wie überall untersteht jetzt auch der Wirtschaftsbetrieb dem ärztlichen Direktor, und es herrscht bei uns durchaus die Ansicht, daß dieser Grundsatz wegen des Ineinandergreifens von Kranken- und Wirtschaftsbetrieb in Irrenanstalten nicht ohne Nachteil verlassen werden darf. Wie wichtig ist es, um nur einen Punkt herauszugreifen, daß bei der Beschäftigung der Kranken im Wirtschaftsbetriebe ärztliche Gesichtspunkte maßgebend sind. Steht der Wirtschaftsbetrieb nicht mehr unter ärztlicher Leitung, so wird voraussichtlich auch der Umgang des Wirtschaftspersonals mit den Kranken nicht im ärztlichen Sinne erfolgen. Fehlt der ärztlichen Leitung die Einheitlichkeit, so werden die Wirtschafts- und Verwaltungsbeamten keine festen Grundsätze sehen, die ihnen als Richtschnur dienen, sie werden die Ansichten des einen Oberarztes gegen die des anderen ausspielen und ihre eigenen Wege wandeln, nicht zum Vorteil der Kranken.

Andere Ansichten herrschen in Frankreich, und viele der maßgebenden Irrenärzte haben dort die einheitliche Leitung der Anstalten lebhaft bekämpft, freilich nicht, ohne im eigenen Lande auf Widerspruch zu stoßen. Wir werden uns aber durch die französischen Anschauungen nicht beeinflussen lassen dürfen, solange nicht nachgewiesen ist, daß dort der Anstaltsbetrieb dem unsrigen gleichwertig oder überlegen ist.

In der Anstalt Hubertusburg hat eine dem Hoppeschen Vorschlag ähnliche Einrichtung bestanden. Von ihr sagt Näcke*): „ein Ideal ist es freilich nicht, und wir sind froh, daß die Leitung wieder in ärztlichen Händen ruht.“

Man hat getadelt, daß der Direktor jetzt der Anstalt das Gepräge seiner Persönlichkeit aufdrückt; und doch liegt gerade hierin die beste Gewähr dafür, daß die ganze Anstalt von einem Geist erfüllt ist, und nicht an allen Ecken und Enden Dissonanzen erstehen. Unseren Kranken kann nur dadurch eine ihnen zuträgliche Umgebung geschaffen werden, daß in der ganzen Anstalt eine psychiatrische Denkart herrscht. Das aber ist schwer zu erreichen, wenn nicht ein einheitlicher Geist alles durchzieht und den Laien, vor allem jeden Neuling suggestiv in seine Bahnen fortreißt.

*) Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1909/10, Nr. 37, S. 326.

Die Art der Ausbildung der Ärzte und des Pflegepersonals, Urlaub, Tagesdienst, gemeinsame Angelegenheiten der Kranken (Anstaltsfeste, Weihnachtsgeschenke, Arbeitsstätten) und andere derartige Verwaltungsfragen können bei dem Fehlen einheitlicher Leitung leicht auf Schwierigkeiten stoßen, wenn es auch gewiß nicht immer der Fall sein wird. Der vorgesetzten Behörde ferner werden Schwierigkeiten erwachsen, wenn sie sich nicht an eine bestimmte leitende Persönlichkeit halten kann.

Wie sollen die Geldmittel verteilt werden, oder soll den Ärzten die Verfügung darüber ganz genommen werden? Wie wird es mit der Sparsamkeit stehen? Nicht ohne Grund sind die Behörden mißtrauisch gegen ärztliche Verwaltungen und fürchten übermäßige Ausgaben unter dem Deckmantel der Humanität. Die Irrenanstalten erhalten sich den Ruf, gut und sparsam verwaltet zu werden, nur dadurch, daß ihre Direktoren unter Beschränkung der speziell ärztlichen Tätigkeit zu Verwaltungsspezialisten werden. Eine mehrköpfige Direktion wird schwerlich das gleiche leisten.

Ich will die Frage, ob in Krankenhäusern die einheitliche ärztliche Leitung ohne Nachteil fehlen kann, sonst nicht in den Kreis meiner Betrachtungen ziehen, nur auf die Erfahrungen der Düsseldorfer Akademie hinweisen.*) Hier stiegen die Kosten des Verpflegungstages zu übermäßiger Höhe, und es kam zu störenden Reibereien „zwischen dem Anstaltsdirektor und Verwalter einerseits und den Klinik- und Institutsdirektoren andererseits“. „Der Direktor der Krankenanstalten gewann keine Übersicht über den Betrieb. Die wirtschaftliche Verwaltung der Kliniken wurde von den einzelnen Direktoren verschieden geregelt“, usw. Eine zur Prüfung der Verhältnisse eingesetzte Kommission schlug folgende Grundsätze vor:

„1. Die ärztliche Oberleitung der ganzen Anstalten untersteht ausschließlich und selbständig dem Direktor der Allgemeinen Krankenanstalten, die ausschließliche und selbständige Leitung der wirtschaftlichen Angelegenheiten dem leitenden Verwaltungsbeamten“ etc.

„2. Die Selbständigkeit der Direktoren der Einzelabteilungen der Krankenanstalten wird aufgehoben.

3. Das Ärztekollegium als Verwaltungseinrichtung wird aufgehoben.

4. Das bisher bestehende Verfügungsrecht der Klinik- und Institutsdirektoren über die Mittel des Etats fällt weg“ etc.

*) „Die Heilanstalt“, 23. Dezember 1909, in dieser wird auf die „Düsseldorfer Zeitung“ verwiesen.

Hier sehen wir, wie eine mehrköpfige Direktion Gelegenheit zu Reibereien bringt und in Verwaltungsfragen versagt, so daß die Befugnisse der Ärzte beschränkt werden.

Wenn es unbedenklich wäre, dem Verwaltungsinspektor in den Irrenanstalten, wie Hoppe vorschlägt, größere Befugnisse einzuräumen, so würde es schon jetzt geschehen, da sich die Direktoren nicht unnötig mit Verwaltungsarbeit belasten werden.

Mit dem Direktorenposten fällt die Stelle fort, welche jetzt in der Lage ist, mit freien Kräften Gutes und Großes zu schaffen; denn den leitenden Oberärzten sind die Hände gebunden durch den Willen des Direktoriums. Es ginge die Stelle verloren, welche jetzt das erstrebenswerte Ziel der Ärzte bildet und daher ein gesunder Ansporn zur Entfaltung ihrer Leistungen ist.

Sind die gegenwärtigen Verhältnisse überhaupt so drückend für die Ärzte, daß eine Änderung nötig ist? Eine jede Beamtenstellung gewährt Vorteile, fordert dafür aber Entsagungen; das ist bekannt genug. So veraltete Einrichtungen freilich wie die, daß der Arzt in seinen freien Stunden die Anstalt nicht ohne Urlaub verlassen darf, verdienen keine besondere Besprechung.

Ein niemals durch eine Mißstimmung getrübtes Verhältnis zwischen Vorgesetzten und Untergebenen werden wir ebensowenig erzielen, wie irgendein anderer Beamtenberuf. Wenn es aber als etwas Gewöhnliches hingestellt wird, daß der Direktor seine Ärzte schikaniert und schlecht behandelt, so wollen wir gegen diese Darstellung doch entschieden protestieren. Vielleicht wird sogar manchmal eine Unzufriedenheit auf die abhängige Stellung geschoben, welche in den so oft geschilderten Schädlichkeiten unseres Berufs ihre Ursache hat, wie z. B. in der aufregenden Tätigkeit, der Abgeschiedenheit der Anstalten, dem Mangel an Erholung, Abwechslung und Anregung, den durch enges Zusammenleben geförderten persönlichen Reibereien.

Immerhin ist es möglich, daß dies abhängige Verhältnis bei uns drückender empfunden wird als anderswo, weil der junge Mediziner seinen Beruf wohl kaum in Gedanken an eine Beamtenstellung ergreift, vielmehr dereinst als freier Mann zu schaffen gedenkt,*) und daher vielleicht bei den Ärzten besonders lebhaft der Trieb sich geltend macht, aus einer abhängigen Beamtenstellung herauszukommen, wie sie sonst nirgends im Ärzteberuf als Dauerstellung zu finden ist; viele der Tüchtigsten verlassen deshalb die Laufbahn. Mit der Vermehrung der Ärztestellen schwindet die Aussicht, eine Direktorstelle zu erlangen, immer mehr, ein Übelstand, der erst in kommender Zeit recht deutlich fühlbar werden wird. Hierin liegt eine Gefahr für den Beruf, denn nur mit dem Erreichen einer selbständigen Stelle findet die Laufbahn einen befriedigenden Abschluß.

Um einen berufsfreudigen Ärztestand zu erhalten, dürfen deshalb die Bemühungen nicht nachlassen, genügend selbständige Stellungen zu schaffen. Das größte Hindernis sind die modernen übergroßen Anstalten. Man wehrt sich gegen sie zwar vor allem im Interesse der Kranken und des Betriebs, aber auch der Einfluß auf die ärztliche Laufbahn ist ein wichtiger Grund. Allenfalls könnte man durch örtliche Zusammenlegung mehrerer Anstalten den Betrieb billiger zu gestalten versuchen.*) Selbständige Stellen lassen sich noch an den für spezielle Aufgaben bestimmten Anstalten schaffen, z. B. an solchen für Verbrecher, Idioten, pathologische Fürsorgezöglinge, Trinker, Nervöse, Kranke aus besseren Ständen u. dergl. Wenn auch die großen Irrenanstalten dadurch an Reichhaltigkeit des Krankenmaterials verlieren, so gewinnen sie doch den Vorteil der Vereinfachung des Betriebs.

Für einseitig und übertrieben halte ich aber die Behauptung, daß an den Anstalten die Ärzte außer dem Direktor nur ein geringes Maß beruflicher Selbständigkeit und Verantwortlichkeit hätten.

Die Verantwortlichkeit der Ärzte ist, wie auch Weygandt**) mit Recht betont, keineswegs gering. Für ihre einzelnen dienstlichen Handlungen sind sie, wie alle Beamte, nicht nur moralisch, sondern auch tatsächlich dem Direktor, der Behörde und dem Gesetz verantwortlich, der Direktor nur, soweit es seine übergeordnete Stellung berührt, also dafür, daß er nur zuverlässigen Kräften die Stellung überläßt, sie kontrolliert und Unrecht, wenn er es erfährt, nicht duldet.

Die Verantwortung ist aber bei der Gefährlichkeit des Anstaltsbetriebs und den vielen Einwirkungen zivil- und strafrechtlicher Verhältnisse oft sogar recht schwer. Sie wird nur dadurch gemildert, daß der Direktor kleinere Verfehlungen mit seiner Person zu decken sucht.

Zu selbständiger Betätigung gibt das Amt eines Abteilungsarztes***) reichlich Gelegenheit, wenn keine

*) Alt, Videant consules! Psych.-neurol. Wochenschr. 1906, S. 389.

*) z. B. nach dem Vorschlag von Alt, l. c., S. 412.

**) Psych.-neur. Woch. 1908, S. 13.

***) Auf die Trennung der dienstlichen Stellung von Abteilungs- und Oberarzt kann ich hier nicht eingehen, ebensowenig auf die besonderen Verhältnisse der Kliniken und der ganz kleinen Anstalten.

unnötigen Beschränkungen gemacht werden. Wie der ganzen Anstalt, so gereicht es auch der einzelnen Abteilung zum Nutzen, wenn sie einheitlich geleitet wird. Deshalb soll für sie der Abteilungsarzt die Spitze bilden, in die alle Fäden zusammenlaufen; alles, was in das Bereich seiner Abteilung und seiner Kranken fällt, muß ihm als direktem Vorgesetzten unterstehen, er darf niemals übergangen werden, auch nicht vom Direktor. Dadurch gewinnt der Arzt Verantwortungsgefühl und verwächst mit seiner Abteilung; er wird dann seine Ehre darin setzen, sie gut zu verwalten.

Vielleicht bietet sich in dem Dienstbereich des einzelnen Arztes und bei Dienstgeschäften, welche die Gebiete anderer nicht berühren, Gelegenheit, die Selbständigkeit und Verantwortlichkeit der Ärzte noch zu erweitern, ohne die Stellung des Direktors zu beeinträchtigen. An einigen Anstalten im Kgr. Sachsen z. B. wird schon seit längerer Zeit die Korrespondenz mit den Angehörigen der Kranken von den einzelnen Ärzten selbst erledigt und I. A. gezeichnet, soweit sie nicht die speziellen Befugnisse des Direktors betrifft; da er alle Eingänge öffnet, kann er sich vor Übergriffen schützen. Ob schon andere Einrichtungen versucht worden sind, z. B. die Aufnahme und Entlassung der Kranken, die Korrespondenz mit den Behörden u. dergl. den Oberärzten unter eigener Verantwortung zu überlassen, ist mir nicht bekannt. Die Direktoren werden gern jede brauchbare Neuerung annehmen, wenn sie dadurch den Dienst vereinfachen, sich selbst von mechanischem Schreibwerk usw. entlasten und die Stellung der Ärzte bereichern können.

Die Direktoren können ferner das Ansehen der älteren Ärzte wesentlich heben, indem sie ihnen eine Vertrauensstellung geben, sich oft ihres Rates, besonders in wichtigen Fragen, bedienen und viel von ihrem Recht Gebrauch machen, dem Stellvertreter Zweige der Direktorialtätigkeit zu übertragen.

Vielleicht noch mehr können die Ärzte selbst dazu tun, daß ihre Stellung eine befriedigende ist. Je besser sie es verstehen, den Direktor von allen wichtigen Vorgängen ihres Dienstbereichs zu unterrichten und ihre Befugnisse nicht zu überschreiten, desto mehr wird er ihnen Freiheit zur Selbstbetätigung und zur Verwirklichung eigener Ideen gewähren. Hat der Arzt innere Selbständigkeit, Initiative, Energie und Lust am Schaffen, so wird er seiner Abteilung das Gepräge seiner Persönlichkeit aufdrücken, wenn auch der Direktor die allgemeinen Richtlinien angibt. Eine psychische Beeinflussung der Kranken durch sorgfältiges Eingehen auf ihre Eigenart ist auch nur durch rein persönliche Wirksamkeit möglich. Der Arzt muß sich in der Anstalt durch seine Persönlichkeit selbst Ansehen verschaffen und vor allem das Vertrauen der jüngeren Kollegen zu gewinnen wissen.

Ein reiches Gebiet für selbständige Betätigung bieten die Nebenaufgaben, wie z. B. patholog. Anatomie, Familienpflege, Apotheke u. dergl., die Spezialfächer der Medizin, chemische Untersuchungen, und vor allem Gutachten. Hier überall ist Gelegenheit, fast ganz unabhängig zu arbeiten und eine entscheidende Stimme zur Geltung zu bringen.

Alles das ist bekanntlich an vielen Anstalten bereits durchgeführt, muß aber noch weitere Ausbreitung finden. Man darf aber nicht vergessen, daß alles Neue Zeit braucht, sich durchzuringen und einzubürgern.

Diskussion. Siemens: Die düstere Auffassung, welche den Hoppeschen Ausführungen zugrunde liegt, kann man nur bedauern, und die Anstaltsärzte werden sich schwerlich für die „negative Auswahl“ bedanken, daß die besseren Ärzte unter den jetzigen Verhältnissen den Anstaltsdienst verlassen, und die minderwertigen bleiben. Hoppes Reformvorschläge würden z. T. einen Rückschritt bedeuten (den Verwaltungsdirektor), z. T. sind sie unausführbar. Die Untersuchungstätigkeit des Landesmedizinalrats alle paar Wochen in der Anstalt ist ein furchtbarer Gedanke. Die Forderung eines Landesmedizinalrats ist eine ganz alte, sie ist schon von Nasse, Zinn sen., Laehr sen. aufgestellt und begründet worden. Der medizinische Landesrat würde aber mit ganz andern Funktionen zu denken sein, als wie Hoppe ihn will. Er könnte in der Zentralverwaltung das Dezernat nicht nur für die ärztlichen Angelegenheiten der Irrenanstalten, sondern auch der Blinden-, Taubstummen-, Idioten- und Epileptiker-Anstalten, sowie der Zwangserziehungsanstalten bearbeiten, daneben auch als Obervertrauensarzt für die Landesversicherung und die landwirtschaftl. Berufsgenossenschaft fungieren. Dadurch würde man der Befürchtung unzureichender Beschäftigung begegnen.

Nach der allgemeinen Erfahrung wird auch in den Anstalten jeder Arzt nach dem, was er ist und was er leistet, angesehen und gewürdigt. Es ist ja weit gekommen, wenn heutzutage der Anstaltsdirektor seine Existenzberechtigung nachweisen muß.

Wachsmuth: Während unsre jetzigen Bestrebungen auf Vereinfachung und Beschleunigung des amtlichen Verfahrens gerichtet sind, würde nach Hoppe die Sache nur komplizierter werden, und man müßte die Erledigung mancher Sache verschieben, bis der Landesmedizinalrat wieder in der Anstalt erscheint.



Vocke: Ich weiß nicht, inwieweit den Hoppeschen Ausführungen berechtigte, tatsächliche Erlebnisse zugrunde liegen, ich glaube jedoch, daß es sich, wenn solche Dinge vereinzelt vorgekommen sein sollten, in der Hauptsache doch um unzulässige Verallgemeinerungen handelt, und ich habe ferner den Eindruck gewonnen, als ob Hoppe Informationen aus den Kreisen der unzufriedenen Anstaltsärzte erholt. Ich stimme Siemens vollkommen zu, daß jeder Arzt in der Regel nach dem, was er leistet und ist, gewürdigt und geschätzt wird, und daß jeder Arzt die Stellung hat, die er selbst sich durch sein Verhalten und seine Leistungen schafft. Nach meiner Erfahrung sind die unzufriedenen Elemente immer diejenigen, welche sich nicht in befriedigender Weise zu beschäftigen wissen, und diejenigen, welche über ihre Stellung klagen, schaffen sich gewöhnlich selbst keine Stellung. In unserm Anstaltsleben scheint es mir überaus wichtig, daß der Arzt neben Erledigung seiner Dienstpflicht noch irgend etwas treibt, sei es psychiatrisch oder allgemein medizinisch, sei es im anatomischen oder photographischen Laboratorium, sei es auch eine mit der ärztlichen Wissenschaft nicht direkt verbundene Nebenbeschäftigung. Ärzte, welche neben ihrer reinen Abteilungs- und Bureautätigkeit irgend etwas mit Liebe und Eifer betreiben, gehören nach meiner Erfahrung fast nie zu den unzufriedenen Elementen.

von Ehrenwall: Wir können erklären, daß wir mit den Angriffen Hoppes nicht einverstanden sind.

Siemens: Ich glaube, wir können den Ausführungen des Referenten zustimmen.

Dies geschieht.

V. Schröder-Altscherbitz.

Die Bestrebungen zur Besserstellung der Irrenärzte, die in den letzten Jahren besonders zutage getreten sind, haben manchen beachtenswerten Erfolg gehabt. Die Lage der Psychiater hat sich vielfach gebessert, doch dürfen wir bei aller Anerkennung des Erreichten die Entwickelung noch nicht als abgeschlossen betrachten. Überblicken wir die Verhältnisse in den verschiedenen Anstalten, so fällt vor allem eine große Verschiedenheit auf. Wenn auch eine völlige Übereinstimmung natürlich nicht zu erreichen und auch gar nicht erforderlich ist, so ist es doch sehr wünschenswert, daß wenigstens innerhalb gewisser Grenzen die Anstaltsverhältnisse die gleichen sind. Denn sonst wird sich der akademische Nachwuchs nach wie vor ungleich über die Anstalten verteilen, und manche Anstalten werden ausreichend mit Ärzten versorgt sein, während es andern nicht gelingt, ihre Stellen zu besetzen. Die großen Verschiedenheiten traten uns besonders damals deutlich vor Augen, als mehrere Mitglieder dieser Kommission die Resultate von Umfragen zusammenstellten. Solche statistischen Zusammenstellungen der Anstaltsverhältnisse dürften wohl auf ein weitgehendes Interesse rechnen können, doch haben sie den Nachteil, daß sie infolge der beständigen Änderungen sehr rasch veralten. Es haben daher nur periodische statistische Zusammenstellungen Zweck. Sie würden uns von Zeit zu Zeit vor Augen führen, welche Erfolge unsere wirtschaftlichen Bestrebungen gebracht haben, und sie werden dort, wo weitere Verbesserungen notwendig sind, für etwaige Eingaben das erforderliche Material liefern. Was die Häufigkeit solcher Zusammenstellungen anbelangt, so schlage ich vor, sie alle 5 Jahre zu veranstalten. Die Unterlagen müßten durch Fragebögen beschafft werden. Indem ich den Entwurf eines solchen vorlege, bemerke ich, daß ich mich bei der Zusammenstellung der Fragen eng an die Punkte gehalten habe, die bei den früheren Verhandlungen der Kommission für die Standesangelegenheiten zur Sprache gebracht worden sind. Ich gehe hierbei über den Vorschlag von Fischer-Wiesloch*) hinaus, welcher nur die Gehaltsverhältnisse ins Auge gefaßt hatte.

Fragebogen.

I. Anstellungs- und Gehaltsverhältnisse.

1. Wie sind die Gehaltsverhältnisse der Assistenzärzte?

2. Wird außer dem Gehalt freie Station gewährt, oder wird dafür ein Betrag in Abzug gebracht, und wie hoch ist dieser?

3. Findet nach einer bestimmten Zahl von Jahren eine Anstellung als Ober- oder Anstaltsarzt (ordentlicher Arzt) auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung für den Arzt und die Hinterbliebenen statt, oder werden die Ärzte nach Maßgabe freiwerdender Stellen angestellt?

4. In welcher Weise wird frühere psychiatrische und nichtpsychiatrische spezialärztliche Tätigkeit angerechnet?

5. Wie wird die Dienstzeit praktischer Ärzte angerechnet?

6. Wie hoch ist das Anfangs- und Höchstgehalt der fest angestellten Abteilungsärzte, und in welchen Stufen steigt es?

7. Wird daneben freie Familienwohnung, Heizung, Beleuchtung und Gartenbenutzung, sowie freie Arznei für den Arzt und seine Angehörigen gewährt, oder

*) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Band 66, S. 656.



wird dafür ein Betrag in Abzug gebracht, und wie hoch ist dieser?

8. Falls die angestellten Ärzte in Anstalts- und Oberärzte getrennt sind, wie sind die Gehaltsstufen und sonstigen Bezüge der letzteren?

9. Werden die Anstaltsärzte nach einer bestimmten Anzahl von Jahren zum Oberarzt befördert?

10. Wie ist das Anfangs- und Endgehalt des Direktors, und in welchen Stufen steigt es?

11. Werden, falls die Anstalt entlegen ist, Erziehungszuschüsse zur Kindererziehung bewilligt und in welcher Höhe?

II. Organisation des ärztlichen Dienstes.

1. Wieviel Kranke entfallen auf einen Arzt, wobei der Direktor nicht mitgerechnet werden soll. Da für die Beurteilung dieses Punktes die Aufnahmeziffer von Wichtigkeit ist, so wird um Angabe gebeten, wieviel Prozent des Durchschnittsbestandes die Aufnahmeziffer beträgt.

2. Haben die fest angestellten Ärzte volle Selbständigkeit in der Krankenbehandlung?

3. Nehmen alle Ärzte an der Gutachtertätigkeit teil?

4. Werden die Verwaltungsangelegenheiten in Gegenwart aller Ärzte behandelt?

III. Besondere Ausbildung, wissenschaftliche Fortbildung und Erholung.

1. Sind spezialistisch ausgebildete Ärzte vorhanden, in welcher Zahl, und wie lange hat deren Ausbildung gedauert?

2. Ist die spezialärztliche Ausbildung vor Eintritt in den Anstaltsdienst erworben, oder sind Anstaltsärzte durch Abkommandierungen ausgebildet worden?

3. Sind Mittel zur Teilnahme an Fortbildungskursen, wissenschaftlichen Versammlungen, Studienreisen usw. vorhanden, und wie hoch ist der Fonds?

4. Wie werden diese Mittel verwandt? Werden Tagegelder gezahlt, und wie hoch sind diese? Oder erhalten die Ärzte eine Pauschalsumme?

5. Wird ein für Fortbildungskurse gewährter Urlaub auf den Erholungsurlaub angerechnet, und nach welchen Gesichtspunkten geschieht dies?

6. Findet ein Ärzteaustausch zwischen Landesanstalten und psychiatrischen Kliniken statt, und wie hat er sich bewährt?

7. Werden in der Anstalt wissenschaftliche Abende abgehalten?

8. Ist ein ärztlicher Tagesdienst eingerichtet?

9. Werden bestimmte freie Tage bezw. Nachmittage gewährt und wie häufig?

10. Wie viele Wochen beträgt der Jahresurlaub für die Direktoren, Ober-, Anstalts- und Assistenzärzte? — —

Ich schlage vor, die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie darüber entscheiden zu lassen

1. ob periodische statistische Zusammenstellungen der Anstaltsverhältnisse der Anstaltsärzte gemacht werden sollen,

2. ob diese alle 5 Jahre oder in anderen Zwischenräumen veranstaltet werden sollen,

3. ob der von der Kommission vorgelegte Fragebogen hierzu geeignet erscheint, oder ob nur die Anstellungs- und Gehaltsverhältnisse berücksichtigt werden sollen.

Diskussion. Siemens ist dafür, die Zusammenstellungen etwa alle 5 Jahre fertigen und veröffentlichen zu lassen.

Laehr teilt mit, daß das von ihm herausgegebene Verzeichnis der deutschen Irrenanstalten vermutlich in 2 Jahren neu aufgelegt werde.

Schröder: Das Ergebnis der erstmaligen Zusammenstellung könnte auch in einer psychiatrischen Zeitschrift veröffentlicht werden und einer solchen sich auch für die späteren Zusammenstellungen bedienen, wenn das Laehrsche Buch nicht zu jener Zeit in neuer Auflage erscheint.

Wachsmuth schlägt vor, die erste Veröffentlichung 1911 erscheinen zu lassen und die Erhebungen alle 5 Jahre zu wiederholen.

von Ehrenwall hält den Fragebogen für etwas ausführlich. Es werde sich empfehlen, den Entwurf des Fragebogens einige Zeit vor der nächsten Jahresversammlung den Mitgliedern des D. V. f. Psych. zugänglich zu machen.

Schröder: Nach Veröffentlichung der ersten statistischen Erhebungen könnte man vielleicht noch einmal an die Verwaltungsbehörden gehen da, wo im Bereich derselben die Verhältnisse der Anstaltsärzte ungünstiger als im Durchschnitt liegen.

Die Kommission beschließt nach dem Antrag des Referenten. Siemens und Vocke.

Hysterie und moderne Psychoanalyse.

Von Hofrat Dr. *A. Friedländer*, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M.

(Die Fortsetzung dieses Artikels erfolgt in der nächsten Nummer.)



Mitteilungen.

— **Vom goldenen Anstaltsjubiläum des Herrn Geheimen Rat Dr. Guido Weber-Sonnenstein.***) Die Ärzte, Beamten und Pfleger der weitbekannten Anstalt wollten diesen Tag nicht vorübergehen lassen, ohne dem hochverdienten Chef ein Zeichen der Achtung, Ehrerbietung und innigen Anteilnahme an dem seltenen Feste zu übergeben. Früh 8 Uhr begrüßte ein Doppelquartett unter Leitung des Herrn Katechet Nitsche den Jubilar mit den Klängen des Abtschen „Gott grüße dich". Im Namen der Ärzte, Beamten und Pfleger überreichte Oberarzt Dr. Ackermann unter herzlichen Glückwünschen dem Herrn Geheimen Rat ein Bild des alten Schlosses Sonnenstein mit der Stadt Pirna zu Füßen. Mit warmen Dankesworten nahm der Jubilar das Bild entgegen, das die Stätte der langjährigen Wirksamkeit zeigt. Mittags gegen $^1/_2$12 versammelten sich in der Wohnung des Jubilars die Ärzte mit ihren Damen, ferner Direktoren der Landesanstalten, ehemalige Ärzte der Anstalt, Beamte der Anstalt sowie die Vertreter der verschiedenen hiesigen Behörden, um dem Herrn Jubilar die Glückwünsche darzubringen. Mit herzlichen Worten wandte sich der Königl. Anstaltsdirektor in Hubertusburg, Obermedizinalrat Dr. Günther, an Herrn Geh. Rat Weber, dessen Verdienste um das Irrenwesen im allgemeinen und um die Anstaltspflege im besonderen er hervorhob, und zum dauernden Gedenken überreichte er zur Ehrung des früheren Chefs, Lehrers und Kollegen im Namen der derzeitigen und früheren beamteten Ärzte und externen Hilfsärzte auf Sonnenstein eine „Geheimer Rat Weber-Jubiläums-Spende" als Ehrengabe für den Irren-Hilfsverein im Königreich Sachsen, Bezirk Pirna, dem Wirkungskreis des Jubilars, in Höhe von 500 M. Herr Dr. Günther überreichte dem hocherfreuten Jubilar die Urkunde. Dieser dankte tiefgerührt, berührte kurz die Entwicklung der Irrenanstalten in Sachsen und betonte, daß er gerade bei dem Vater des Herrn Dr. Günther volles Verständnis für seine Ideen fand. Als Abgeordneter des ärztlichen Bezirksvereins, dessen einziges Ehrenmitglied Herr Geheimer Rat Weber ist, waren die Herren Sanitätsrat Dr. Wulkow, Dr. Huck und Dr. Türke erschienen. Herr Dr. Wulkow überreichte im Namen des genannten Vereins einen prächtigen Blumenkorb. Herr Geheimer Rat Weber dankte seinem lieben Freunde Dr. Wulkow und betonte, daß er gerne im Kreise der Mediziner geweilt und immer für die Bestrebungen der Herren Ärzte ein warmes Herz gehabt habe. Auf seine Anregung sei im Landesmedizinalkollegium der Antrag gegen das Kurpfuschertum eingebracht worden, und immer, wenn man an eine gesetzliche Regelung der Materie ging, müßte man auf den Pirnaer Antrag zurückkommen. Herr Geheimer Justizrat Dr. Wetzel überbrachte im Namen des Königl. Amtsgerichts die herzlichsten Glückwünsche, für die der Jubilar mit launigen, humorvollen Worten dankte. Vom Ministerium des Innern war inzwischen Herr Geheimrat Dr. Gelbhaar eingetroffen, der dem Jubilar als Auszeichnung das Komturkreuz vom Verdienstorden überreichte und die herzlichsten Glückwünsche des Herrn Ministers Grafen Vitztum v. Eckstädt und des Herrn Ministerialdirektors Dr. Apelt überbrachte. In längerer Rede feierte der Abgesandte des Königl. Ministeriums den Jubilar und würdigte seine Verdienste. Er ging auf die Äußerung des Jubilars ein, nach der Herr Geheimer Rat Dr. Weber in absehbarer Zeit in den Ruhestand zu treten beabsichtigt, und wünschte ihm einen langen, ruhigen Lebensabend nach so erfolgreicher Lebensarbeit. Herr Geheimer Rat Dr. Weber dankte tiefgerührt dem Herrn Geh. Rat Dr. Gelbhaar. Herr Amtshauptmann v. Nostitz sprach dem Herrn Jubilar die herzlichsten Glückwünsche namens der Königl. Amtshauptmannschaft aus. — Abends fand zu Ehren des seltenen Jubiläums seitens der Beamten und Pfleger ein Fackelzug statt, dem sich dann eine musikalische Darbietung im Festsaale der Anstalt anschloß.

*) Vergl. diese Zeitschr., Nr. 45, pag. 391.

— **Eingesandt.** Die Ärzte der n.-ö. Landes-Anstalten Wien XIII/12 „am Steinhof" machen die vorläufige Mitteilung, daß sie in Angelegenheit des in Nr. 44, pag. 385—386 dieser Zeitschrift erschienenen Artikels des Herrn Regierungsrates Direktor Dr. Schlöß eine Erklärung abzugeben beabsichtigen, daß aber die Formulierung derselben einstweilen noch nicht festgesetzt werden konnte.

Für die Ärzte der n.-ö. Landes-Anstalten „am Steinhof"
Dr. Dobrschansky.

— **Zum Kapitel: Abwehr.** In der letzten Zeit ist in dieser Wochenschrift wiederholt die Frage diskutiert worden, wie ungerechtfertigte Angriffe gegen die Psychiatrie und ihre Vertreter am zweckmäßigsten abgewehrt und das Publikum am erfolgreichsten aufgeklärt werde. Wer nicht überzeugt ist, daß in dieser Richtung endlich etwas geschehen muß, der lese eine Notiz über den Fall „Frau von Schönebeck" im „Hannoverschen Kurier" vom 26. Januar 1910. Dieser für die Psychiatrie vernichtende Artikel scheint dort bereits ein Abdruck aus den „Leipziger Neuesten Nachrichten" zu sein, also die Runde durch angesehene Tagesblätter zu machen. Wir bringen ihn hier nicht zum Abdruck, weil die Kollegen, die sich durch den Inhalt beleidigt fühlen müssen, schließlich auch uns wegen Weiterverbreitung verklagen könnten. — Auf die „Abwehr" darf man in diesem Falle gespannt sein. Die Aufklärung, welche der preußische Justizminister im Abgeordnetenhause am 5. Februar über den Fall gegeben hat, dürfte gegen jenen Angriff kaum etwas ausrichten.

— **Ärztegehälter.** Vom Rat der Stadt Chemnitz wurde eine Liste aufgestellt und versandt über die Gehaltsverhältnisse der Ärzte und Beamten an Irrenanstalten Deutschlands. Um Irrtümer zu vermeiden, sei darauf hingewiesen, daß in der Liste die Angaben für die Oberärzte der Hamburger Irrenanstalten vergessen sind Die betreffenden Zahlen der Liste



beziehen sich auf die Stufe der festangestellten Abteilungsärzte. Dazu muß noch kommen:

Oberärzte: I. Klasse 24, Anfangsgehalt 9000 M., mit zwei Alterszulagen von 1000 M. alle vier Jahre bis zum Höchstbetrage von 11000 M. II. Klasse 18, Anfangsgehalt 5600 M., mit drei Alterszulagen von 600 M. alle drei Jahre bis zum Höchstbetrage von 7400 M.

Referate.

— Mönkemöller, Korrektionshaus und Landarmenhaus. Leipzig, Barth, 1908. 240 S. 5,60 M.

Klare, erschöpfende Darstellung der Korrigendinnen, die bisher eigentlich noch fehlte. Statistik, Kriminalanthropologisches, Psychiatrisches, Reformvorschläge werden des näheren dargestellt und namentlich der innere Zusammenhang von Prostitution und Verbrechen betont, aber nicht deshalb auf eine Äquivalenz beider geschlossen. Die meisten Insassen erschienen geisteskrank oder psychopathisch, auch sehr viele im Landarmenhause. Der große Einfluß des Alkohols wird geschildert, ebenso der des endogenen Faktors, obgleich dieser vielleicht etwas zu sehr hervorgehoben erscheint. Näcke.

Jodglidine (J-Pflanzeneiweiss). Jodglidine (ausgezeichnet bekömmlicher Ersatz der Jodalkalien, im allgemeinen frei von Nebenwirkungen — Fabrik: Chemische Fabrik Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz) ist ein J-Pflanzeneiweiß, in dem das Jod an nukleinfreies, reizloses Pflanzeneiweiß so gebunden ist, daß der Eiweiß-Charakter nicht verändert ist und das Jod ganz allmählich und kontinuierlich vom Eiweiß abgespalten wird und verhältnismäßig langsam zur Resorption gelangt. Die Jodausscheidung beginnt in geringem Grade bald nach der Einverleibung und erreicht erst ungefähr gegen Ende der ersten 24 Stunden ihr Maximum. Sie dauert während der zweiten 24 Stunden an und hört erst im Laufe des dritten Tages auf. Es werden 80—100 % des Jods im Harn ausgeschieden. Es findet keine Aufspeicherung großer Mengen Jod im Organismus statt. Bei Darreichung von Jodglidine werden Massenangriffe ganz vermieden, so daß so gut wie keine Nebenwirkungen auftreten, und man kann den Organismus mit Jodglidine unter einer langandauernden, gleichmäßigen Jodwirkung halten, und zwar mit verhältnismäßig geringen Dosen. Jodglidine hat sich bei allen für J in Frage kommenden Indikationen als voller Ersatz der Jodalkalien bewährt und wird bei tertiärer Lues, Arteriosklerose, Asthma, Bronchitis, Exsudaten, Augenerkrankungen, Apoplexie, Skrofulose, Gicht gern angewendet. Jede Tablette enthält 0,05 g an Pflanzeneiweiß gebundenes J. Verordnung: 2—6 Tabletten täglich. Nach den Mahlzeiten zu nehmen.

☛ Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma Chemische Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering), Berlin N. 39, betr. „Medinal", bei, den wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 48. 19. Februar **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die Anstaltsärzte und die Vorlagen für ein Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetz in Österreich. Von Dr. Georg Eisath. (S. 419.) — Hysterie und moderne Psychoanalyse. Von Hofrat Dr. A. Friedländer, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M. (Fortsetzung.) (S. 424.) — Referate. (S. 426). — Personalnachrichten. (S. 428.)

Die Anstaltsärzte und die Vorlagen für ein Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetz in Österreich.

Von Dr. *Georg Eisath.*

In jüngster Zeit wurden zwei Gesetzesvorlagen ausgearbeitet, welche in den Reihen der Ärzte an den österreichischen Irrenanstalten das größte Aufsehen erregten. Es handelt sich um ein neues Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetz.

Die Vorlage für ein österreichisches Entmündigungsgesetz war bereits anläßlich des österreichischen Irrenärztetages im Oktober des Jahres 1908 Gegenstand kritischer Erörterungen. Privatdozent von Sölder (Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie XXIX. Band) unterzog die Gesetzesvorlage nach verschiedenen Gesichtspunkten einer sachlichen Begutachtung. Allein was die Stellung der Anstaltsärzte im bewußten Gesetzentwurfe anlangt, ist die Kritik entschieden nur unzulänglich ausgefallen. Wenn ich nun über Auftrag mehrerer Kollegen hier das Versäumte nachhole, so dürfte es den Anschein erwecken, daß wir pro domo arbeiten. Um diesen Verdacht abzuwälzen, sei hier erklärt, daß wir Anstaltsärzte uns schon manche nachteiligen Verfügungen schweigsam gefallen ließen, sofern sie für die Sache gut waren. Wenn aber gesetzliche Bestimmungen kommen, welche nicht nur für die Person, sondern auch für die Sache schlecht sind, dann ist man verpflichtet, seine Meinung zu äußern.

Jedermann wird wohl leicht erraten, daß die Anstaltsärzte die Bestimmungen über die Wahl der Sachverständigen nicht nur materiell, sondern ganz besonders moralisch sehr unangenehm empfinden. Um gleich die sachliche Seite der Angelegenheit hervorzukehren, stellen wir die Frage: Mit welchem Recht wird dem zu Entmündigenden der Spezialist gesetzlich vorenthalten? Ist die Begutachtung des Geisteszustandes etwa eine Sache von geringerer Tragweite als die Amputation eines Beines oder die Eröffnung der Bauchhöhle oder die Trepanation des Schädels? Wenn ein praktischer Arzt mit seinen mangelhaften Einrichtungen und mit seinen unzulänglichen spezialistischen Kenntnissen von Gesetzes wegen dazu bestimmt würde, die besagten Operationen vorzunehmen, und wenn dem Chirurgen und Gynäkologen es gesetzlich verboten würde, Eingriffe obiger Art vorzunehmen, so würde man sich mit Recht fragen: Wo bleibt da das gesunde Denken? Wo bleibt da der klare Menschenverstand? — Durch die Unerfahrenheit der Sachverständigen kann dem Kranken schwerer materieller und ethischer Schaden erwachsen. Daher muß es als eine Anmaßung der gesetzgeberischen Gewalt und als ein grobes Unrecht am Kranken bezeichnet werden, wenn diesem in einer so wichtigen Angelegenheit, wie es die Entmündigung ist, die Verwendung eines Spezialisten gesetzlich untersagt wird.

Dem gegenüber wird man sagen: So scharf sind die Bestimmungen der Gesetzesvorlage nicht zu nehmen; es heißt doch im § 22, es seien „erfahrene Ärzte" als Sachverständige zu verwenden. Wir wollen der Ehre unserer Kollegen nicht nahetreten und zugeben, daß in den größeren Städten manche Ärzte sind, welche über eine genügende spezialistische Bildung verfügen. Aber viele solcher „erfahrener" Ärzte gibt es, welche nie eine psychiatrische Vorlesung hörten und überhaupt nie sich mit unserem Fache auch nur oberflächlich befaßten.

Angenommen, die Begutachtung würde durch ausgebildete Psychiater allerorts vorgenommen werden können, so würde gleichwohl der Sachverständige nicht imstande sein, in der kurzen Spanne von einer Viertelstunde sich ein klares Bild vom Geisteszustande



des Untersuchten zu machen. Jeder Arzt, der sich je ernstlich mit der Lehre von den Geisteskrankheiten befaßte und der die unendlichen Schwierigkeiten, welche die Diagnose in der Psychiatrie oft bereitet, kennt, wird sagen müssen: Mit einer einmaligen kurzen Unterredung und Untersuchung kann in vielen Fällen der Geisteszustand des Kranken unmöglich erkannt und richtig beurteilt werden; das erheischt oft eine längere Beobachtung, und diese Beobachtung können nur jene machen, welche den Kranken in der Anstalt behandeln. — Aus diesen Überlegungen geht hervor, daß es nie und nimmer zum Vorteil des zu Entmündigenden sein kann, wenn die Anstaltsärzte grundsätzlich von der Begutachtung ausgeschlossen werden.

Warum geschieht dies aber trotzdem? — Der Gesetzentwurf wie auch Referent von Sölder sagen es uns mit lapidarer Kürze und Selbstverständlichkeit. Es ist das Mißtrauen, welches die öffentliche Meinung den Anstaltspsychiatern entgegenbringt. Um diesem Mißtrauen zu begegnen, fragt man sich nicht, wie es logisch und gerecht wäre: wo liegt die Ursache dieses Mißtrauens? — Es muß entweder bei den Ärzten oder aber beim Volke der Grund für dasselbe zu suchen sein. Wie in allen Ständen, so kann es auch unter den Anstaltsärzten solche geben, die ihren Pflichten und Obliegenheiten in weniger entsprechendem Maße nachkommen, und die es mit der Gewissenhaftigkeit nicht immer aufs peinlichste nehmen. Aber so weit kann es denn doch nicht fehlen, daß man überhaupt mit Berechtigung die grobe Anschuldigung erheben könnte, die öffentliche Meinung sei gegen den ganzen Stand der Anstaltspsychiater mit Mißtrauen erfüllt. Wenn man den Ärzten zumal an öffentlichen Anstalten derartige ehrenrührige Kränkungen zufügt, dann müssen wir fordern, daß nicht nur die Behauptung aufgestellt, sondern daß auch die Beweise hierfür erbracht werden müssen. Diese Beweise ist man noch immer schuldig geblieben.

Derjenige Beobachter, welcher in dieser Angelegenheit klar zu sehen vermag, wird zugestehen müssen, daß der Grund des Mißtrauens, welches die Öffentlichkeit gegen die Anstaltsärzte hat, nicht an den Psychiatern gelegen ist, sondern im Volke selbst. Kaum je hat ein Stand der öffentlichen Meinung gegenüber eine schwierigere Stellung als die Anstaltsärzte. Im Volke ist nämlich eine tiefe Abneigung gegen die Anstalten und alles, was darum und daran ist, eingewurzelt. Deswegen, weil einst unsere Vorgänger entsprechend der damaligen Ansicht über die Geisteskrankheiten verschiedene Mißgriffe in der Behandlung und Verwahrung der Patienten machten, blickt man heute noch mit Mißtrauen auf die Anstalten. Nicht bloß unter dem niedern Volke, selbst in gebildeten Kreisen hat man keine Ahnung, in welcher Weise heutzutage die Kranken in den Anstalten behandelt werden, ja selbst Ärzte und Mediziner haben keine richtige Anschauung über den heutigen Betrieb einer Irrenanstalt. Hinsichtlich der Einrichtungen in den Anstalten, hinsichtlich der Behandlung der Kranken sind in den letzten Jahrzehnten grundstürzende Umwälzungen erfolgt. Die Geisteskranken erfreuen sich einer freien und durch und durch menschenfreundlichen Behandlung. Während sich diese Verbesserungen und günstigen Umgestaltungen in der psychiatrischen Behandlungsweise still und ohne Aufsehen vollzogen, ist die öffentliche Meinung den Irrenanstalten gegenüber stets die gleiche geblieben. Vorurteil und Unwissenheit bestehen nach wie vor weiter, und da kommt der Gesetzgeber daher und behauptet schlankweg, das Volk sei voll Mißtrauen gegen den Psychiater, und versucht diesen durch Herabsetzung seines guten Rufes, seiner Ehre und seines Ansehens zu züchtigen. Wo bleibt da die Gerechtigkeit?

Wird es nach diesen Betrachtungen noch einen rechtlich gesinnten Menschen geben, der die Behandlung, welche den Anstaltsärzten im neuen Entwurfe des Entmündigungsgesetzes zuteil wird, nicht als ein grobes Unrecht und eine ehrenrührige Kränkung auffassen müßte? — Da wäre Aufklärung und Beruhigung der öffentlichen Meinung viel besser am Platze als einseitige Verdächtigung und Zustutzung der gewährleisteten Rechte durch Ausschaltung der Anstaltsärzte von der Sachverständigen-Tätigkeit.

Es ist nicht genug, daß die Gebarung der Anstaltspsychiater der Überwachung der Verwaltungsbehörden und Richter und in gewissem Sinne auch der Beobachtung der Vormünder und Angehörigen der Geisteskranken ausgesetzt ist. Es soll nach dem neuen Entmündigungsgesetz noch eine ganz neue „Zunft von Vertrauensmännern" eingesetzt werden. — Wer kann Vertrauensmann werden? — Jedermann, den der Geisteskranke dazu bestimmt. Die Wahl ist ganz dem freien Ermessen des Patienten anheimgestellt. Ob nun der Gewählte ein Ehrenmann ist oder geistig abnorm und verbrecherisch veranlagt, ob er sich Zuhälter oder Apache nennt, das ist ganz einerlei!

Sonderbarer Weise hat Sölder die Wirksamkeit des „Vertrauensmannes" wohl im Hinblick auf Sachverständige und Richter einer genaueren Erwägung unterzogen, nicht aber — was ihm viel näher gelegen wäre — in Rücksicht auf die Anstaltsärzte. Man

denke sich — wie beispielsweise hier in Hall — eine Anstalt mit 600 Geisteskranken, die an sich schon schwer genug zu behandeln sind; man denke sich aber noch dazu 600 Vertrauensmänner, deren einige sicher zur obenerwähnten Gattung von Menschen gehören werden. Diese 600 Vertrauensmänner haben das Recht, die Kranken zu besuchen, über die mißverstandene Behandlung Beschwerde zu führen, die Presse mit sensationellen Mitteilungen zu versehen u. dgl. — Diese 600 Vertrauensmänner, die mit mangelhafter Bildung und Einsicht versehen sowie von krassen Vorurteilen eingenommen sind, die noch dazu nur ab und zu einen Blick in die Anstalt machen, nicht aber in der Lage sein werden, der Behandlungsweise der Kranken zu folgen, dieselbe zu verstehen, werden den Ärzten viel mehr Schwierigkeiten bereiten als die 600 Kranken selbst. Darüber ist sich wohl jeder, der die Verhältnisse kennt, ganz klar, abgesehen davon, daß es eine Schmach bedeutet, die Anstaltsärzte unter eine derartige Aufsicht zu stellen.

Ohne auf weitere Einzelheiten, welche im Entmündigungsgesetze ihre Spitze gegen die Anstaltsärzte kehren, einzugehen, soll vorderhand das Gesagte genügen, um zu beweisen, in welch standes-unwürdiger Weise dieselben darin behandelt werden. Nicht viel besser sieht es im Irrenfürsorgegesetze aus. Auch hier kann nicht auf alle vereinzelte Mängel hingewiesen werden, man muß sich damit bescheiden, einige Punkte herauszuholen und des genaueren zu betrachten.

Ganz gleich wie die Anstaltsärzte im Entmündigungsgesetze wegen Befangenheit als Sachverständige abgelehnt werden, spricht man ihnen in der neuen Vorlage eines österreichischen Irrenfürsorgegesetzes auch die Befähigung ab, zu beurteilen, ob ein Kranker der Aufnahme in die Anstalt und der Zurückhaltung in derselben bedürftig ist oder nicht. Es kann uns Anstaltsärzten ja nur sehr erwünscht sein, wenn wir in dieser heiklen Angelegenheit unter eine gewisse Aufsicht der Verwaltungsbehörden und Richter gestellt werden, und wenn andere entweder allein oder gemeinsam mit uns die Verantwortung tragen. Aber die Art und Weise, wie das geschieht, und die Begründung, womit man die Notwendigkeit, daß die Anstaltsärzte zu überwachen sind, rechtfertigt, müssen wir aus Standesrücksichten als eine schwere Schädigung unseres Ansehens zurückweisen.

Die in Aussicht genommenen Verfügungen besagen, daß der Anstaltsarzt (auch der einer öffentlichen Anstalt) über die Aufnahme und Zurückhaltung des Kranken nur in den allerwenigsten Fällen noch etwas zu sagen hat. Der Kranke wird von den Behörden eingewiesen und über Auftrag derselben in der Anstalt angehalten. Die Rolle, welche man hier den Anstaltsärzten zumutet, ist nachgerade eine klägliche. Während der böse Nachbar bei der politischen Behörde erster Instanz die Anzeige macht, und während sich der Bezirksarzt und der Irreninspektor durch drei Wochen uneins sein dürfen, ob der Kranke in eine Anstalt einzuweisen sei oder nicht, sind den Anstaltspsychiatern schlankweg die Hände gebunden. Sie können und dürfen von Rechts wegen den Kranken nicht in die Anstalt aufnehmen, selbst dann nicht, wenn sie über den Streit der beiden genannten Amtsärzte erhaben wären und die volle Überzeugung hätten, daß Anstaltsbehandlung die einzig richtige und notwendige Maßregel wäre. So lauten die §§ 14, 16 und 19. Welcher Anstaltsarzt, der einen Funken Selbstachtung in sich hat, wird imstande sein, eine so jämmerliche Rolle zu spielen und gegen sein besseres Wissen und Gewissen zu handeln? Wenn man schon Gesetze vorschreibt, dann soll man sie doch so machen, daß sie gehalten werden können und nicht lediglich dazu da sind, um übertreten zu werden.

Mit welchem Recht schafft man für uns Anstaltspsychiater ein Ausnahmegesetz, warum behandelt man uns Spezialisten nicht wie die Spezialisten in anderen ärztlichen Fächern, sondern wertet unsere Fachkenntnisse geringer als die eines praktischen Arztes, der sich rühmen kann, nicht eine einzige Vorlesung aus Psychiatrie gehört zu haben? — Diese Erörterungen erfolgen nicht, um etwa grundsätzlich jede Oberaufsicht über unser Gebaren abzulehnen, sondern nur um zu zeigen, welches Unrecht man an uns verübt. Wir empfinden ganz gut, daß eine ungerechtfertigte Aufnahme in die Anstalt für den Betroffenen etwas sehr Verhängnisvolles sein kann. Darf aber eine widerrechtliche Aufnahme samt ihren manchmal schweren Folgen gleichgestellt werden den Eingriffen, welche andere ärztliche Spezialisten unbehindert sich gestatten dürfen? Der Chirurg kann zu Heilzwecken ganz aussichtslose Operationen verschiedener Art vornehmen, Operationen, die für den Kranken einen sehr nachteiligen, ja tödlichen Ausgang nehmen können. Die Gynäkologen sind in der Lage, einer Frau, welche unfruchtbar zu werden wünscht, willfährig zu sein, und der Geburtshelfer darf, um das Leben der Mutter zu retten, nach Belieben Kraniotomien und Decapitationen ausführen. Sind das nicht Eingriffe, welche in ihren persönlichen wie sachlichen Folgeerscheinungen unvergleichlich schwerwiegender sind als die unbegründete Aufnahme in eine Anstalt, welcher Mißgriff ja gleich wieder gutgemacht werden kann? Und doch hat sich



die Gesetzgebung um die Rechte der angeführten Spezialisten nie gekümmert, während man im Begriffe steht, für uns ein Ausnahmegesetz vorzulegen und unser Ansehen vor der Öffentlichkeit tief herabzuwürdigen.

Wir Anstaltspsychiater der Alpenländer wundern uns nicht wenig, daß die Gesetzgebung sich veranlaßt fühlt, uns vor der erregten öffentlichen Meinung wegen widerrechtlicher Aufnahmen und Verwahrungen Schutz zu gewähren. Als vor kurzer Zeit mehrere Kollegen zur Beratung der bewußten Gesetzesvorlagen beisammen waren, wurde auch über die ungerechtfertigten Verbringungen und Anhaltungen in Anstalten nachgedacht. Wir in Hall z. B. können uns nicht erinnern, daß sich seit etwa 30 Jahren die Öffentlichkeit je mit uns wegen widerrechtlicher Aufnahme und Zurückhaltung eines Kranken beschäftigt hätte. Wir können den Gesetzgebern nach dieser Richtung hin die ganz beruhigende Zusicherung geben, daß wir die öffentliche Meinung nie gegen uns aufbrachten und auch nicht aufzubringen gedenken. Wir wissen uns in dieser Angelegenheit selbst Bescheid! — Wie es in anderen Ländern Österreichs steht, sind wir allerdings nicht in der Lage genau zu sagen, aber wenn dort Mißgriffe vorkommen sollten, so kann man diesen ja länderweise begegnen und braucht derartige Bestimmungen dann nicht in das Reichsirrengesetz aufzunehmen. Oder wenn es sich um Mißstände in einer Privatanstalt handeln sollte, so könnte man doch auch für diese eigene Bestimmungen treffen.

Wenn man in unseren Alpenländern im allgemeinen etwas über widerrechtliche Aufnahme und Anhaltung hört, so betrifft dies stets geisteskranke Verbrecher, welche nicht von den Ärzten aufgenommen, sondern von den Behörden in die Anstalt eingewiesen wurden. Wenn uns die fürsorgliche Gesetzgebung vor dieser Art von Insassen endlich einmal schützen möchte, würden alle Anstaltsärzte einstimmig einen solchen Schutz mit Dank und Anerkennung hinnehmen, denn dann erst würde die Irrenanstalt eine wahre Heil- und Krankenanstalt und brauchte nicht mehr Heilanstalt und Zuchthaus zugleich zu sein wie bisher. Dann würden unsere armen Geisteskranken eine viel menschenfreundlichere und sachgemäßere Behandlung erfahren können und wir brauchten nicht mit anzusehen, wie dem Wachpersonal, das sonst mit Arbeit und duldender Mühe überladen ist, blutige Wunden geschlagen und grausam die Haare ausgerauft werden. Wir Ärzte selbst brauchten uns endlich auch nicht beständig schmähen und lästern zu lassen oder unter gewissen Umständen beim ärztlichen Besuche sogar der Lebensgefahr ausgesetzt zu sein. Es wäre hoch an der Zeit, daß der Staat endlich seine Pflicht und Schuldigkeit tut und eigene Verwahrungsanstalten für geisteskranke Verbrecher baut. Solange das nicht geschieht, hilft kein Irrengesetz; denn man wird selbst durch die klügste und weiseste Gesetzgebung nie in der Lage sein, Heilanstalt und Zuchthaus nach einheitlichen Gesichtspunkten zu leiten und für beide ein gleichlautendes Reichsgesetz fertig zu bringen.

Sowie der Staat einmal diesen Verpflichtungen nachgekommen sein und eigene Verwahrungsanstalten für geisteskranke Verbrecher eingerichtet haben wird, werden die letzten Reste von Vorurteilen, die noch von alter Zeit her über die Irrenanstalten im Volke haften, beseitigt werden können, und wir Psychiater werden ohne gesetzliche Nachhilfe imstande sein, in den Augen der Öffentlichkeit tadellos dazustehen, jegliches Mißtrauen zu zerstreuen und uns das Wohlwollen und die Achtung des Volkes zu erwerben.

Wenn die Staatsgewalt die Ehre und das Ansehen der Anstaltsärzte vor dem Mißtrauen des Volkes bewahren will, muß sie die Hebel an ganz anderer Stelle einsetzen. Soviel mir bekannt ist, werden derzeit die österreichischen Anstalten derart geleitet, daß wir nichts zu verheimlichen brauchen; die Behörden sollen Einsicht nehmen, und anstatt die Ärzte der Befangenheit und des Mißtrauens der Bevölkerung zu zeihen, soll dem Volke Aufklärung und Belehrung gebracht werden. Das Volk soll erfahren, daß in den Anstalten Menschenfreundlichkeit wohnt, daß die Kranken nach den neuesten Erfahrungen zwanglos und schonend behandelt werden. Die Öffentlichkeit soll wissen, daß die Anstaltsärzte es als ihre vornehmste und erste Pflicht betrachten, den Geistesgestörten, welche der Annehmlichkeiten und Freuden des Lebens entraten müssen, für die verlorene Heimat nach bester Möglichkeit Ersatz zu schaffen. Dahin geht das Streben und die gute Absicht der Ärzte.

Leider geht es in den Anstalten gleich wie sonst in der menschlichen Gesellschaft nicht immer nach Wunsch gerade aus. Wenn aber einmal etwas vorkommt, was irgendwie beanstandet werden kann, dann ermangelt die Presse nicht, es gleich dem Sensationsgeschmack des Publikums entsprechend aufgebauscht der Öffentlichkeit zu übergeben. Alles wird mit dem verdächtigenden Auge des Vorurteils angesehen, alles in übertriebener und verdrehter Weise vorgebracht und womöglich falsch und widersinnig beurteilt. Da treten Vorurteil und krasse Verständnislosigkeit in ihr verhängnisvolles Recht, da kann man dann zwischen den Zeilen herauslesen, wie die Bericht-



erstatter zumeist von der Überzeugung ausgehen, daß es gar nicht möglich ist, einen Geisteskranken menschenwürdig zu behandeln, daß in den Anstalten Roheiten und Grausamkeiten seitens der Pfleger zu den täglichen Vorkommnissen gehören u. dgl. Man könnte ruhig Gift darauf nehmen und, wenn man nur bei streng sachlicher Berichterstattung daran sterben müßte, würde man sehr leicht das Alter eines Methusalem erreichen können, so sieht es mit der Berichterstattung über Fehlgriffe in der Anstalt aus; es kann auch nicht anders sein, denn die Berichterstatter schreiben zumeist nicht, um Mißstände zu rügen und den Kranken zu nützen, sondern lediglich, um Sensation zu machen und etwas nicht Alltägliches mitzuteilen. Außerdem betrachten sie die Vorkommnisse von ganz einseitigem Standpunkt aus durchwegs mit der Brille der Voreingenommenheit und Verständnislosigkeit. — Auch hier wäre der Staat vielleicht in der Lage, falsche und verdrehte Berichterstattung in irgendeiner Weise zu ahnden und dadurch die oft gefährdete Ehre der Anstaltspsychiater zu schirmen.

Es muß hier noch auf einen groben Unfug hingewiesen werden, dem gegenüber wir Ärzte der Anstalt ganz machtlos sind. Nicht nur Angehörige der Kranken und Vormünder, selbst Gemeindevorsteher pflegen sich, wenn sie dem Kranken gegenüber eine Bitte abschlagen wollen, mit aufgelogenen Verfügungen oder mit vorgespiegelter Einflußnahme, welche den Anstaltsärzten angedichtet werden, ganz skrupellos den Rücken zu decken. Kürzlich ereignete sich hier folgender Fall: Ein von Gerichts wegen eingewiesener Mann wurde nach Ablauf der Strafzeit der Gemeinde überstellt. Ein paar Wochen nach seiner Entlassung kam er in die Anstalt, frug nach dem Arzte und verlangte von diesem in erregter Weise, er möge doch nicht weiter hinderlich sein, daß die Gemeinde ihm ein Arbeitsbuch ausstelle. Der Gemeindevorsteher und wie es scheint auch die Bezirkshauptmannschaft wollten dem Manne, der schon wiederholt wegen verbrecherischer Handlungen abgestraft worden war und der Gemeinde schon verschiedene Auslagen verursacht hatte, kein Arbeitsbuch ausstellen und so verhindern, daß er sich auswärts Arbeit suche. Da wurde in rücksichtslosester Weise der Direktor der Irrenanstalt als Sündenbock hergenommen und dem Kranken kurzerhand erklärt, derselbe habe verboten, ein Arbeitsbuch auszustellen. Man mußte alle Mühe anwenden, um den gereizten und zu Gewalttätigkeit geneigten Mann wenigstens einigermaßen zu beruhigen. — Dieser ging erstaunt über die erhaltene Aufklärung davon. Das fabula docet liegt aber darin, daß ein Gemeindevorsteher, um den lästigen Patienten vom Hals zu bringen, in rücksichtsloser Weise den Zorn, der ihn treffen mußte, auf die Ärzte einer öffentlichen Irrenanstalt ablenkt, und daß der aufgeregte kranke Mann ganz sicher bevor er in die Anstalt kam, um den Ärzten die Meinung zu sagen, viel über sie herumschimpfte und vielleicht auch nachher über sie unwahre und erlogene Aussagen machte. Das ist ein Schulbeispiel, wie auch heute noch Sagen und Legenden über die Anstalten und deren Ärzte entstehen. Und solchen Unfug muß man sich gefallen lassen, solchen gewissenlosen Mißbräuchen und Verhetzungen gegenüber steht der Arzt schutz- und wehrlos da. Auch auf diesem Gebiete könnte sich die Gesetzgebung ein Feld der Arbeit suchen und die Ehre und den guten Namen des Unschuldigen in Schutz nehmen.

Das wären einige Weisungen, nach welchen Richtlinien der Schutz, den die Gesetzgeber den Anstaltsärzten angedeihen lassen wollen, ausgestaltet werden soll, nicht nur zum Vorteil der Ärzte, sondern auch zu Nutz und Frommen der Kranken und zur Aufklärung, Belehrung und Beruhigung der öffentlichen Meinung.

Schließlich sei es mir noch gestattet, auf einen gewissen Widerspruch hinzuweisen. Während den Ärzten der Anstalt sozusagen keine Einflußnahme auf die Einweisung und Zurückhaltung der Kranken mehr zusteht, wird ihnen laut Entwurf des Irrenfürsorgegesetzes die Ausfüllung eines umfangreichen Reverses bei Entlassung aus der Anstalt zur Pflicht gemacht. Nun soll der Anstaltspsychiater, der sonst in allen möglichen Dingen voreingenommen und befangen ist, auf einmal voraussagen können, ob der Kranke in einer Umgebung, die der Arzt überhaupt nicht kennt und in den wenigsten Fällen beurteilen kann, gemeingefährlich sein wird oder nicht. Der Arzt muß genau angeben, in welcher Weise der Kranke behandelt und verwahrt werden muß, man verlangt sogar, daß er bestimmt, welche „Einrichtungen" zur Verwahrung des Patienten nötig sind und dgl. — Mir ist nicht bekannt, wieviel Unsinn in den Gesetzen gemeinhin enthalten ist, aber das kann man ruhig behaupten, daß ein so toller Widersinn in einem und demselben Gesetz kaum je zusammengetragen wurde. Einerseits spricht man dem Arzt, der Spezialist ist, der den Kranken leibhaftig vor sich hat und untersuchen kann, der ganz genau weiß, in welche Umgebung und Behandlung der Patient bei der Aufnahme kommt, gesetzlich die Fähigkeit und das Recht ab, zu bestimmen, ob der Geistesgestörte in die

Anstalt aufzunehmen und in dieser anzuhalten ist, und wie aus dem Reversmuster, welches dem Irrenfürsorge-Gesetz beigegeben ist, hervorgeht, macht man es demselben Anstaltsarzt anderseits zur Pflicht, vorauszusagen, ob ein Kranker, der in eine Umgebung kommt, die dem Arzt ganz unbekannt ist, gewalttätig sein wird oder nicht. Wer sowas uns Psychiatern vorschreibt, dem muß füglich das Recht und die Fähigkeit abgesprochen werden, uns Gesetze zu machen, denn von einem Gesetzgeber muß man in erster Linie verlangen, daß er logisch denkt und nicht Dinge, welche leicht und anstandslos durchgeführt werden können, für unzulässig erklärt und anderseits es einem zur Pflicht macht, über Sachen, welche seinem Ermessen und seiner Beurteilung vollends entrückt sind, eine strikte Voraussage zu machen. Derjenige, welcher keinen Begriff hat von der unendlichen Schwierigkeit und Unsicherheit der psychiatrischen Prognose, und der nicht imstande ist, die Leistungsfähigkeit der Ärzte mit der Schwierigkeit der gestellten Forderungen halbwegs in Einklang zu bringen, der darf nicht Gesetzesvorlagen verfassen, ohne verläßliche, fachkundige Berater beizuziehen. Einer allein hat noch nie alles verstanden!

Warum nimmt man den Anstaltsärzten nicht auch diesen unangenehmsten und verantwortungsvollsten Teil ihrer Agenden ab? Oder sind wir etwa nur dazu da, das noch zu besorgen, was denjenigen, welche uns den angenehmeren und einträglicheren Teil der Geschäfte abzunehmen gedenken, zu schwierig und zu verantwortungsvoll ist? — Unter solchen Umständen dürfte es noch schwerer werden als bisher, für den Anstaltsdienst überhaupt in Hinkunft noch fähige Ärzte zu erhalten. Wenn die jüngeren Kollegen es verschmähen, einen so unwürdigen und kläglichen Dienst zu versehen, wie er ihnen in den Vorlagen für ein Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetz in Österreich zugedacht ist, so kann man ihnen vom Standpunkt der Standesehre und des Standesbewußtseins nur recht geben. Es schadet nichts, wenn es keine solchen Zerrbilder von Irrenärzten mehr gibt. Anders verhält es sich freilich mit der Entwicklung des Irrenwesens, welche in jüngster Zeit einen sehr erfreulichen Fortschritt zu verzeichnen hatte. Das Anstaltswesen wird einen unermeßlichen Schaden erleiden, doch nicht durch unsere, sondern der Gesetzgeber Schuld. —

Kollegen! Man will uns gewährleistete Rechte nehmen, man will wider uns ein Ausnahmegesetz schaffen. Vielleicht ist es noch möglich, ein großes Unheil, das man gegen unseren Stand plant, fernzuhalten. Hierzu ist es aber notwendig, daß alle österreichischen Psychiater Schulter an Schulter für Ehre und Recht unseres Standes eintreten und daß sie sich zu gemeinsamer, erfolgreicher Abwehr sammeln!

Hysterie und moderne Psychoanalyse.

Von Hofrat Dr. *A. Friedländer*, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M.

(Fortsetzung.)

Als bedingte Anhänger Freuds wären zu erwähnen die Autoren Eulenburg, Warda, Strohmayer, Römheld, Forel.

Warda verfolgte seit dem Erscheinen der „Studien" die Freudsche Lehre genau. (Ich ziehe nicht nur die Arbeiten über Hysterie, sondern auch über Zwangsneurosen usw. in den Kreis der Betrachtung.) Wenn er sagt: „Ich habe gelegentlich auch versucht, in den Fällen mit bekannter sexueller Ätiologie den Kranken aufzuklären usw.; meine ursprüngliche Annahme, daß ein derartiges in die Tiefe gehendes Verständnis für die Genese der Krankheit die Beruhigung des Kranken befördern werde, es nicht eingetroffen", so taucht unwillkürlich die Frage auf, ob auch dieser Autor zu jenen gerechnet wird, die „die Methode" nicht beherrschen, und wie der Widerspruch zwischen seinen „Teilerfolgen" und den „verblüffenden" Ergebnissen zu erklären ist, über die z. B. Stekel verfügt. Warda unterläßt es jetzt auf Grund seiner Erfahrungen „völlig, im eigentlich therapeutischen Verfahren die sexuelle Ätiologie zu berühren". Er hält aber auch bei der Feststellung der Anamnese ein Eingehen auf das sexuelle Moment „vielleicht nicht immer für unbedenklich", obgleich er in jenen Fällen, in denen er es tat, keine schädliche Wirkung sah. Er empfiehlt „taktvolle Zurückhaltung und Auswahl". (Zur Pathologie und Therapie der Zwangsneurose, Monatsschrift für Psych. und Neur., Bd. XXII, 1907.)

Strohmayer (Über die ursächlichen Beziehungen der Sexualität zu Angst- und Zwangszuständen, Journ. für Psychologie und Neurologie, Bd. XII, 1908) sagt



sehr richtig, daß uns nur der Austausch von Erfahrungen dazu führen kann, eine Lehre auf ihren praktischen Wert zu prüfen. Von dem Wert der Freudschen Lehre ist er im großen und ganzen überzeugt. Wenn er aber bei einer Patientin die von ihr betriebene Masturbation als „eine Folge der erogenen Reizung der Aftergenitalzone durch spontane Retention des Stuhlgangs und Urins" auffaßt, wenn er sagt, „der sexuelle Zweck der Verstopfung geht daraus hervor, daß die Patientin noch heute von den Blinddarmattacken träumt" (die „perverse" Stuhlretention soll zu Blinddarmreizungen geführt haben), so finde ich seine Anschauungen ebenso unbewiesen wie die von Freud. Sie sind vielleicht überhaupt unbeweisbar. Dann aber sollten sie in das Gewand der Hypothese gekleidet werden.*)

Viel leichter aber wird die Verständigung mit Strohmayer, wenn er den Boden der Theorie verläßt und seine praktischen Erfahrungen bezüglich der Therapie kundgibt. Auf die Frage, „ob die Aufdeckung der sexuellen Genese therapeutisch nütze, getraut er sich nur eine zurückhaltende Antwort zu geben." Mit großer Bescheidenheit gibt er zu, daß er seine Erfolge nicht mit denen eines Stekel vergleichen kann. Ich glaube, er wird weniger Grund zur Bescheidenheit haben, wenn nach einer Reihe von Jahren die Diskussion über die Dauer der Heilerfolge eröffnet — oder geschlossen sein wird. Es mehren sich die Autoren, die die Freudsche Psycho-Analyse üben und beherrschen (wenn auch vielleicht nicht so wie die Wiener „Jünger"); sie gehen in ihrer Anerkennung der Freudschen Lehre weiter als der Referent. Kommen sie aber, wie Warda und Strohmayer, zum therapeutischen Moment („Probe auf das Exempel", wie Strohmayer sehr richtig sagt), so sehen wir die Zurückhaltung eintreten. Bei Strohmayer ist es schon mehr eine gewisse Resignation, die ihn sagen läßt: „Die Psychoanalyse machte erstaunlich wenig Eindruck auf das Grundgefüge der Neurose meiner Kranken, von einer Befreiung gar nicht zu reden, wenn ich von vereinzelten Obsessionen absehe."

Römheld will auf die vielen Einwände, die gegen die Freudsche Lehre zum Teil mit Recht erhoben worden sind, nicht näher eingehen; daß die Freudsche Psychoanalyse verallgemeinert und in ungeschickten Händen schaden und gefährlich werden kann, unterliegt für ihn keinem Zweifel, während andererseits durch die Freudsche Methode nach seiner Erfahrung manchem Kranken sicherlich geholfen wird. Forel beschäftigt sich in seinem Buche (Der Hypnotismus) nur kurz mit Freud, dem er teilweise beitritt, nicht ohne zu betonen, daß die Methode mit „größter Schonung und Vorsicht" geübt werden muß; „denn durch Verletzung des Taktes und des Anstandes kann man da oft viel mehr schaden als nutzen."

Eine Methode, die mit solchen Kautelen empfohlen wird, ist im wahrsten Sinne des Wortes — eine heikle.

In Deutschland traten unter anderen Hoche und Spielmayer gegen die Freudsche Psychoanalyse auf. Ihnen wurde vorgehalten, sie hätten eine Methode abgelehnt, die sie vorher keiner Nachprüfung unterzogen haben.

Bei der XXXVII. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte (November 1906) entspann sich im Anschluß an den oben erwähnten Vortrag von Frank und Bezzola eine Diskussion, in der Hoche „die Lehren Freuds und seiner Anhänger für völlig verkehrt und einseitig" erklärte. Jung wies demgegenüber auf seine Assoziationsversuche hin, die eine Bestätigung ergaben; Isserlin, auf dessen wertvolle Ergebnisse nachdrücklich hingewiesen sei, darauf, daß seine Erfahrungen die Jungschen nicht stützten. Gaupp nahm einen vermittelnden Standpunkt ein. Bezzola verwahrte sich später dagegen, daß Hoche ihn und Freud bezüglich der Neurosenlehre identifiziere, und Frank erklärte, daß er nicht immer eine sexuelle Ätiologie annimmt, daß er dann nicht nach ihr forscht, wenn die Behandlung auch so Erfolg zeigt.

Bei einer früheren Versammlung von Nervenärzten (31. Versammlung der süddeutschen Neurologen und Irrenärzte, 27. Mai 1906 in Baden-Baden) hatte bereits Aschaffenburg zu dieser Frage Stellung genommen. Was für und gegen Freud zu sagen war, hat er meines Erachtens nach so ziemlich alles vorgebracht. Seine Anschauungen wurden aber nur von denen anerkannt, die auch schon vorher der Freudschen Methodik zum mindesten skeptisch gegenüberstanden. Im gleichen Jahre wurde ich von dem Schriftleiter des Journals für Psychologie und Neurologie (Brodmann) aufgefordert, die Entstehung, Wandlung und praktische Anwendung der Freudschen Lehre kritisch zu beleuchten. Ich schmeichle mir nicht

*) Ich darf vielleicht an dieser Stelle zu einer „persönlichen Bemerkung" das Wort ergreifen. Strohmayer sagt in einer Fußnote, ich hätte „Entrüstung" ausgedrückt in einer früheren Kritik der Freudschen Arbeiten. Auch an keiner Stelle meiner Arbeiten tat ich dies; ich habe nur meinen Anschauungen Ausdruck verliehen Sowie mir aber die Beweise vorliegen, die mir für die Freudschen Hypothesen noch zu fehlen scheinen, werde ich auch meine sachliche Kritik modifizieren, in der Strohmayer merkwürdigerweise Entrüstung fand.



auch nur einen Anhänger Freuds überzeugt zu haben. Ebensowenig gelang mir dies durch meine kasuistischen Mitteilungen, in denen ich den Nachweis erbrachte, daß auch ohne die Anwendung der psychoanalytischen Methode nach Freud ebenso „erstaunliche" Heilungen zu erzielen sind. In den „Kurzen Bemerkungen zu der Freudschen Lehre über die sexuelle Ätiologie der Neurosen" und in einem Vortrage im ärztlichen Verein zu Frankfurt teilte ich mit, daß ich mich auch, um vorurteilsfrei nachzuprüfen, entschlossen hatte, in gewissen Fällen die „psychoanalytische Methode Freuds" anzuwenden. Der Erfolg war nicht imstande, meine Anschauungen zu ändern.

Bei dieser Lage der Dinge wurde es wohl von der gesamten ärztlichen Welt mit Freuden begrüßt, daß auf die Tagesordnung des II. Internationalen Kongresses für Psychiatrie usw. in Amsterdam, 1. bis 7. September 1907, das Referat gesetzt wurde: „Neueste Theorien über den Ursprung der Hysterie." Referenten waren Janet, Jelgersma, Aschaffenburg, Jung; auf ihre theoretischen Ausführungen über das Wesen der Hysterie kann ich nicht näher eingehen. Über den Jungschen und Aschaffenburgschen Standpunkt nur so viel: Jung nennt die Freudsche Lehre eine „Arbeitshypothese, die sich überall der Erfahrung anschmiegt". „Von einer festgefügten Freudschen Theorie kann deshalb gegenwärtig keine Rede sein. . . ." Jung, einer der wärmsten Anhänger Freuds, betont aber auch das hypothetische Moment in den Freudschen Ansichten; — dies hindert ihn nicht, zu sagen: „Niemand, der die Traumdeutung Freuds nicht von Grund aus kennt, wird imstande sein, seine in jüngster Zeit entwickelten Anschauungen auch nur annähernd zu verstehen." Gerade die Freudsche Traumdeutung ist aber seine am wenigsten wissenschaftlich „begründete" Arbeit: gegen ihre Richtigkeit, gegen die verallgemeinernden Schlüsse erheben sich die schwersten Bedenken. Und nun soll dieses Buch den Schlüssel für das Verständnis der Hysterie abgeben? Wer nicht Traumdeuter im Sinne Freuds ist, steht der Hysterie verständnislos und ohnmächtig gegenüber?

Jung sagt an einer anderen Stelle: „Zur Aufstellung von allgemeingültigen Theorien eignen sich die Freudschen Dinge vorderhand noch nicht." Das ist ein wissenschaftlich-kritisches Zugeständnis. Ich habe aber nachgewiesen, daß die meisten Anhänger Freuds seine Methodik als eine feststehende Theorie betrachten, nach ihr alle Fälle von Hysterie usw. analysieren und behandeln, und auf der Basis dieser nach Jung nicht „allgemeingültigen Theorie" Monographien verfassen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Herz, Dr. med. H., Energie und seelische Richtkräfte. Leipzig 1909. 105 S.

Der erste Teil dieser Abhandlung ist ein Abdruck aus dem 5. Bande der Annalen der Naturphilosophie. Er handelt vom Wesen der Energie und der Richtkräfte. Mit der Einführung des Energiebegriffes war die Grundlage der Quantität gewonnen. In der Qualität, in der Individualisierung stecken aber noch Faktoren, welche die rein energetische Auffassung des Weltganzen zum mindesten sehr erschweren. Sie sind als die Wirkung besonderer, von der Arbeitsleistung zunächst unabhängiger Kräfte, der Richtkräfte, zu betrachten. Richtkräfte und Energien (Arbeitskräfte) bewirken also erst in ihrer Kombination das Weltganze. Verf. zeigt die Leistung der Richtkräfte (Ordnung der Energien zu Komplexen, Transformierung der Energien, Produzierung höherer Einheiten) in der anorganischen Welt, in der Biologie, bei den höheren Tieren und schließlich im Gebiete der Psychologie. Das Seelenleben wird durch Vorstellungselemente und auf sie wirkende Richtkräfte zusammengesetzt. „Wie ein kompliziertes Linsensystem die Lichtstrahlen spaltet oder zusammenlegt, richtet oder transformiert, und zwar ohne nachweisbaren Energieverlust, so machen es die psychischen Richtkräfte mit den Vorstellungselementen." Als Wirkung der psychischen Richtkräfte ist zunächst die Objektivierung und Subjektivierung anzusehen; wir zerlegen infolge des in unserer Organisation liegenden Systems der Richtkräfte das an sich einfache Empfindungselement (den Effekt, der aus dem Wirken eines Komplexes auf den Komplex unseres Ichs entsteht) polar: die subjektive und die objektive Betrachtung sind Produkte unserer seelischen Struktur. Während wir nun von der Außenwelt nur Kenntnis haben im Sinne des Effektes von Wirkungen auf uns, kennen wir von unserem eigenen Ich auch die innere Seite, das subjektive Leben. Das Phänomen eines selbständigen Bewußtseins entsteht als Wirkung derselben Richtkraft, welche das an sich einfache Element in polare Beziehung zu dem Ich und zur Außenwelt bringt. Das Ich besteht in seinem wesentlichsten Teile aus einem Komplex von Richtkräften, die auch untereinander wieder durch eine richtende Kraft in ein gegenseitiges gesetzmäßiges Verhältnis gebracht sind. Die seelischen Richtkräfte vermögen einerseits die Beziehungen des Ich mit der Außenwelt zu regeln, andererseits wirken sie ordnend auf die im Seelen-

leben vorhandenen Vorstellungen; die erste Klasse bezeichnet Verf. als psycho-somatische Richtkräfte (der Körper ist ja stets der Vermittler), die zweite als intra-psychische. — Der zweite Abschnitt des Werkes ist der Darlegung der engen Beziehungen des Seelenlebens zur Körperlichkeit, der Betrachtung des „psychosomatischen Betriebes" gewidmet. Die wissenschaftliche Betrachtung hat das energetische Weltbild, die gerichtete Energie als die Grundlage der äußeren Ordnung konstituiert. Mit den so gewonnenen Begriffen darf man aber nicht so ohne weiteres an das Seelenleben herantreten. Die Veränderungen der Außenwelt beeinflussen die energetischen Verhältnisse des Gehirns, die Energie der Außenwelt bestimmt unsere Erlebnisse; als mitbestimmender Faktor ist die Struktur des Gehirns von großer Wichtigkeit. Bis dahin reicht die Wirksamkeit außerseelischer, organischer Kräfte. Die innere Ordnung dagegen beruht auf den seelischen Richtkräften. Die Gesetzmäßigkeit auf subjektivem Gebiete z. B. beim Denkakt ist in keiner Weise vom objektiven Pol abhängig. Vollends die Zusammenfassung der Erlebnisse nach Werten ist ein Vorgang, dem nichts auf dem Gebiete der Energetik entspricht. Produkte der seelischen Richtkräfte sind alle „psychischen Gebilde", ferner die Herstellung des Zusammenhanges der psychischen Gebilde, die Spaltung einheitlicher Erlebnisse, die Richtunggebung für den Fluß unserer Vorstellungen (äußere Erregungen werden der seelischen Einordnung nur unterworfen, wenn sie unser Interesse erringen). Der Schlüssel für den psychophysischen bezw. psychosomatischen Betrieb ist darin zu suchen, daß an einer Stelle der Außenwelt, in der Großrinde, sich Energien befinden, die nicht nur von äußeren, sondern auch von den seelischen Richtkräften ihre Ordnung erhalten werden. Der objektive Pol unserer Erlebnisse ist mit allen Geschehnissen der Außenwelt verknüpft, von ihnen abhängig, ist aber an seiner Endstation im Gehirn noch einer Gruppierung nach besonderen (seelischen) Prinzipien zugänglich. Der psychophysische Parallelismus, gedacht als Parallelsetzen des einzelnen seelischen und körperlichen Geschehnisses, würde nur ein recht schiefes Bild gewähren, da das reine Bewußtseinsphänomen ebenso wie der energetische Vorgang nur Abstraktionen darstellen; tiefere Bedeutung gewinnt er für den Zusammenhang der Erlebnisse untereinander. Der objektive Pol der Erlebnisse (Vorgänge im Energiematerial des Gehirns) unterliegt der gleichen Beeinflussung durch seelische Richtkräfte wie das subjektive. In vier Kapiteln zeigt Verf. diesen Parallelismus bei der Tätigkeit des Zusammenfassens wie beim Fühlen und Wollen. In einem Schlußkapitel eröffnet er uns einen „Ausblick auf die Pathologie", behandelt damit die uns Psychiater am meisten interessierende Seite seines Themas. Verf. vertritt die Anschauung, daß bei der Bearbeitung der Neurosen und Psychosen weite Lücken bleiben, wenn man nur den seelischen Mechanismus und nicht auch die „Tendenzen" berücksichtigt, welche die psychischen Vorgänge beherrschen. Was uns der Verf. im „Ausblick" zu sagen weiß, stimmt aber unsere Hoffnungen auf eine neue aussichtsreiche Forschungsrichtung eher herab. Die Richtkräfte eines Individuums bilden annähernd eine Konstante, während der Mechanismus ganz besonders den krankmachenden Schädigungen ausgesetzt ist. Auch sind die Richtkräfte lahmgelegt, wenn einmal eine Lockerung des Mechanismus (sog. Sejunktion) eingetreten ist. Von eigentlicher Erkrankung der Richtkräfte kann nicht gesprochen werden, sondern nur von abweichender Beschaffenheit; diese bedingt Disposition zu Krankheiten. Überwiegen bestimmter Richtkräfte kann Vorzüge, aber auch Defekte (z. B. „Hypertrophie der phantastischen Anordnung in Zukunftsbildern") bedingen. Verkümmerungen von einzelnen Richtkräften (z. B. der ethischen) begründen Defekte (z. B. moral insanity). — Dem Ref. will es bei aller Neigung, dem hochinteressanten Gedankengang des Verf. ohne ablehnende Tendenz zu folgen, scheinen, daß gerade die praktische Verwertbarkeit seiner Darlegungen, namentlich für die Erforschung der Pathogenese der Nerven- und Geisteskrankheiten, recht fraglich ist. Wenn man nicht von vornherein alles Psychogene als von seelischen Richtkräften bewirkt ansehen will — ein Fehler, den der Verfasser nicht ganz vermeidet —, wird man immer zu differenzieren haben, was auf Rechnung der Energien, was auf die der Richtkräfte zu setzen ist. Und an der Schwierigkeit, gegebenenfalls Unmöglichkeit dieser Feststellung scheint dem Ref. das Ganze scheitern zu müssen. Berze.

— Hyslop, James H. (Dr phil. und jur., früher Professor der Universität Columbia), Probleme der Seelenforschung. Verlag: Julius Hoffmann, Stuttgart. 1909. 378 Seiten.

Verf. führt uns durch eine, wie er selbst sagt, „wirre Wildnis von Grenzfällen und menschlichen Beobachtungen". Die alten Orakel, Visionen im Kristall, Kristallschauen, Telepathie, Geistersehen, Hellsehen, Vormahnungen, mediumistische Erscheinungen werden in der Absicht erörtert, „die wissenschaftliche Forschung noch mehr als bisher auf diese Dinge hinzulenken." Durch das ganze Buch zieht sich der Gedanke, wie beträchtlich wir unsere Kenntnis des Kosmos über das ausgedehnt hätten, was die Physik je geleistet hat, wenn — nun, wenn auf dem Gebiete des Übernormalen überhaupt etwas feststellbar wäre, wenn ein zwingender Beweis dafür überhaupt möglich wäre, daß hinter den Behauptungen von übernormalen Erscheinungen „annehmbare Tatsachen wichtiger Natur" stehen. Das Streben nach Wissenschaftlichkeit kann man dem Verf. durchaus nicht absprechen; er bemüht sich, keine anderen Schlüsse zuzulassen als solche, welche von den Tatsachen gestützt werden. Viel mehr kommt dabei aber eben nicht heraus als die Überzeugung, daß die beobachteten Tatsachen bezw. die Zeugnisse für diese Beobachtungen „zu überwältigend" sind, als daß wir sie mit Spott fortweisen können. Der wissenschaftliche Beweis einer übersinnlichen Welt kann auch nicht einmal versucht werden. Berze.

Personalnachrichten.

— **Aplerbeck.** Medizinalpraktikant Dr. Alfred Knorr als Volontärarzt eingetreten.

Druckfehlerberichtigung.

In dem Sitzungsbericht S. 415, Spalte 1, Zeile 9 muß es heißen: „als ob Hoppe Informationen erhält", (statt „erholt").

Fonds der Zeitschrift für Religionspsychologie.

Für diesen Fonds sind bisher folgende Beiträge eingegangen:

Dr. K. in D.	M.	50
H. in G.	„	10
Dr. med. H. in H.	„	10
Dr. med. S. in W.	„	10
Dr. med. W. in L.	„	10
O. in F.	„	20
T. in C.	„	20
Dr. med. M. in S.	„	60
Dr. med. F. in H.	„	30
Summa	M.	220

Den gütigen Spendern sei einstweilen auf diesem Wege herzlichst gedankt.

Es sei gestattet, auch an dieser Stelle den Herren Kollegen die Förderung dieses Fonds wärmstens ans Herz zu legen. Wer sich der wenig erfreulichen Stellung erinnert, welche von gewisser theologischer Seite noch vor ca. zwei Jahrzehnten gegenüber der Psychiatrie eingenommen wurde, und nun Umschau hält über das, was seit Gründung der Zeitschrift, innerhalb dreier Jahre, in friedlichem Zusammenwirken mit Vertretern der wissenschaftlichen und praktischen Theologie geleistet worden ist, der kann den Fortschritt und den fundamentalen Unterschied zwischen damals und heute unmöglich verkennen oder leugnen wollen, und der muß zugeben, daß der Verzicht auf diese durch ernste Arbeit mühsam erworbene Position, die der Psychiatrie von einsichtigen Theologen gern und freundlich zugestanden wird, ein unwiederbringlicher Verlust für unsere Wissenschaft wäre.

Beiträge nimmt das Bankhaus Paul Schauseil & Co. in Halle a. S. entgegen.

Prospekte, das Nähere über den Fonds enthaltend, sind durch den Unterzeichneten zu haben.

Dr. Bresler.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 49. 26. Februar **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Zur Tuberkulinbehandlung der Paralytiker. Von Professor Dr. Alexander Pilcz, Wien. (S. 431.) — Erklärung. (S. 434.) — Hysterie und moderne Psychoanalyse. Von Hofrat Dr. A. Friedländer, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M. (Fortsetzung.) (S. 435.) — Mitteilungen (S. 436): Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Königsberg i. Pr. Arsenige Säure bei Paralyse. — Referate. (S. 437.)

Zur Tuberkulinbehandlung der Paralytiker.

Von Professor Dr. *Alexander Pilcz* (Wien).

In Nr. 2 (8. April) 1905 dieser Zeitschrift hatte Alt die v. Wagnerschen Heilversuche bei Paralytikern, über welche ich im Auftrag meines Lehrers in den „Jahrbüchern f. Psychiatrie", Bd. XXV, 1904 berichtet hatte, besprochen und u. a. die Bemerkung getan, daß die Ergebnisse noch beweisender bezw. noch strengeren Anforderungen der Kritik entsprechend wären, wenn nicht eine auf einen gewissen Zeitraum verteilte kontinuierliche Reihe behandelter Fälle mit einer ebensolchen Serie nichtinjizierter Kranker verglichen, sondern innerhalb desselben Zeitabschnittes abwechselnd je ein Paralytiker behandelt und je einer ohne Tuberkulininjektionen katamnestisch weiter verfolgt würde. Wir verschlossen uns keineswegs der Berechtigung dieser Forderung und sind seit 1905 in der Weise vorgegangen, wie dies Alt vorgeschlagen hatte. Es ist wohl überflüssig, zu betonen, daß die Kranken wieder wahllos, d. h. einfach den fortlaufenden Aufnahmen nach, vorgenommen wurden, ferner daß — speziell bei Erhebung der Katamnese — nur diagnostisch völlig einwandfreie Fälle berücksichtigt worden sind (wobei differentialdiagnostisch namentlich auf gewisse arteriosklerotische Psychosen, Spätformen der Dementia praecox etc. Bedacht genommen wurde).

Die Behandlung bestand, abgesehen von der rein symptomatischen, welche ja bei beiderlei Serien nicht vernachlässigt worden ist, nur in Tuberkulininjektionen, entsprechend der in der ersten Mitteilung geschilderten Technik. Mit der Dosis stiegen wir in vielen Fällen, welche wenig reagiert hatten, bis maxim. 0,3. Eine Kombination mit einer antiluetischen Kur wurde nie vorgenommen, ebensowenig eine Wiederholung der Einspritzungen oder eine weitere Erhöhung der oben angegebenen Dosis. (v. Wagner, Wiener medizin. Wochenschrift 1909, Nr. 37, Pilcz, ibid. Nr. 29.)

Der Tuberkulinbehandlung wurden 70 Paralytiker der ehemaligen k. k. I. psychiatrischen Universitätsklinik in Wien unterzogen, denen die gleiche Zahl nichtinjizierter Fälle gegenübergestellt wurde. Katamnestisch konnten von ersteren 60 usque ad finem oder bis zum Abschlusse dieser Mitteilung (1. Februar 1910) verfolgt werden.*) Bei 7 blieben alle Anstrengungen, über das Schicksal der Kranken Weiteres zu erfahren, erfolglos; 3 wurden wegen berechtigter diagnostischer Zweifel noch nachträglich ausgeschlossen. Die entsprechenden Zahlen der nicht behandelten Serie lauten 64, 4, 2.

Wie bei der ersten Versuchsreihe (1900—1901) seien auch hier die Kranken quoad durationem miteinander verglichen, wobei die Dauer lediglich vom Aufnahmsdatum an berechnet wurde, um jegliche Subjektivität zu vermeiden.

Von 60 behandelten Paralytikern: leben noch 9, starben im 1. Jahre 19, im 2. Jahre 21, im 3. Jahre 7, im 4. Jahre 4, zusammen 60.

Von 64 nichtinjizierten Paralytikern: leben noch 5, starben im 1. Jahre 37, im 2. Jahre 18, im 3. Jahre 2, im 4. Jahre 2, zusammen 64.

Von der Wiedergabe detaillierter Krankheitsge-

*) Es gereicht mir zur angenehmen Pflicht, allen Anstaltsdirektionen, welche mich bei meinen Nachfragen in liebenswürdigster Weise unterstützten, verbindlichst zu danken, insbesondere den Herren Direktoren Böck (Troppau), Bogdan (Kierling), Hellwig (Brünn), Hrase (Dobran), Pantocsek (Preßburg), Schlöß (Wien), Starlinger (Mauer-Öhling), Weiß (Klosterneuburg) etc.



schichten will ich in dieser Publikation abgehen, da es mir zunächst nur auf einen Vergleich der Endresultate mit denen der zuerst mitgeteilten Versuchsreihen ankam. Wie bei der ersten Serie nun (Jahrb. 1904), so darf auch hier darauf ohne weiteres hingewiesen werden, daß 1. die Fälle, welche im ersten Jahre des Anstaltsaufenthaltes starben, bei den nichtbehandelten Paralytikern beträchtlich überwiegen, 2. daß von den noch lebenden paralytischen Kranken die größere Zahl injiziert worden war. Diese Ergebnisse decken sich also vollständig mit den Versuchs-Resultaten der ersten Serie. Es traten aber bei den behandelten Kranken auch entschieden in einer größeren Anzahl Remissionen auf als bei den Nicht-Injizierten; diese Remissionen waren ferner bei ersteren durchschnittlich viel anhaltender und vollständiger. (Einer der Kranken z. B. war nach wiedererlangter Dienstfähigkeit avanciert.)

Mich interessierte, als ich diese Tabellen zusammengestellt hatte, die Frage nach der eventuellen Abhängigkeit der Wirkung quoad durationem und betreffs der Remissionen von der Höhe und Dauer des erreichten Fiebers, speziell ob wiederholte jedoch mäßige Temperatursteigerungen etwa merklich anders wirkten als ein- bis zweimalige Hyperpyrexien etc. Zum Studium dieser Fragen legte ich noch folgende Tabellen an.

Es reagierten von 60 behandelten Kranken:

	welche starben im				welche
	1. J.	2. J.	3. J.	4. J.	noch leben
nicht	—	—	—	—	—
schwach	1	1	—	—	—
mittel	4	3	2	1	1
stark	7	10	2	1	4
sehr stark	7	7	3	2	4
	19	21	7	4	9

zusammen 60.

Temperaturen bis 37,2 nahm ich als noch nicht fieberhaft an, solche bis 37,5 bezeichnete ich als „schwache“, bis 38,5 als „mittlere“ Temperaturen, bis 39,5° als „starke Reaktion“, endlich solche über 39,5 als sehr stark. Bei dieser Tabelle wurde die von dem Patienten überhaupt erreichte Maximaltemperatur berücksichtigt, gleichgültig, ob er z. B. überhaupt nur einmal gerade diese Temperatur geboten hatte, oder mehrmals etc.

In der folgenden Tabelle wurde dagegen nur die Häufigkeit der fieberhaften Reaktionen in Rechnung gezogen, ohne Rücksicht auf die jeweils erreichte Höhe der Temperatur.

Es reagierten von 60 behandelten Kranken:

	welche starben im				welche
	1. J.	2. J.	3. J.	4. J.	noch leben
nie	—	—	—	—	—
einmal	1	—	1	—	—
zweimal	—	2	—	2	1
dreimal	7	3	2	2	3
viermal	7	7	1	—	3
fünfmal und öfters	4	9	3	—	2
	19	21	7	4	9

zusammen 60.

Endlich versuchte ich eine Art Kombination der letzteren beiden Tabellen, wobei ich aber, um nicht allzuviele und dadurch eine Übersicht erschwerende Rubriken machen zu müssen, die Fälle (an der Hand der Messungsprotokolle) in folgender Weise gruppierte.

Es reagierten von 60 behandelten Kranken:

	welche starben im				welche
	1. J.	2. J.	3. J.	4. J.	noch leben
nicht od. höchstens 1—2 mal nicht über höchstens 38,4	1	1	1	1	1
wenigstens dreimal (od. öft.) nicht über höchstens 38,4	4	2	1	—	—
1—2 mal über 38,4, daneben nicht oder höchst. 1—2 mal nicht über 38,4 im Max.	2	2	—	—	2
1—2 mal über 38,4, daneben wenigstens 3 mal (od. öft.) aber nicht über höchst. 38,4	8	13	3	3	2
Wenigstens dreimal (od. öft.) über 38,4	4	3	2	—	4
	19	21	7	4	9

zusammen 60.

Wie man sieht, kann man, wenigstens aus diesen Tabellen, irgendeine gesetzmäßige Beziehung zwischen Höhe oder Dauer der fieberhaften Reaktion und Einfluß quoad durationem nicht ableiten. Wir waren damals, wie gesagt, nur bis 0,3 Tuberkulin (= 3,0 der 10%igen Lösung) gestiegen. In den letzten Jahren sind wir aber meist unbedenklich bis zu 0,5 gestiegen, wobei, wie v. Wagner angibt, 39° übersteigende Temperaturerhöhungen nach Möglichkeit vermieden wurden. Über die Resultate dieser letzten Serie aber, deren Kranke meist auch einer antiluetischen Kur unterzogen worden waren und welche dem Material des n.-ö. L.-Sanatorium am Steinhof entstammten, wird demnächst eine eigene Arbeit erscheinen.

Die Ergebnisse dieser Versuche entsprechen, wie man sieht, durchaus denen der ersten Versuchsreihe. Die Resultate dürfen wieder zum mindesten recht ermutigend genannt werden. Allein auch hier wieder, wie bei den ersten Fällen, handelt es sich um ein

klinisches Material, um Kranke also, welche — es liegt dies in der Natur der Sache — so gut wie niemals in den frühesten Stadien zur Behandlung gelangten, konnte ja doch die Aufnahme in die Klinik, welche in der alten Wiener Irrenanstalt gelegen war und für welch' erstere auch die Aufnahmsstatuten dieser letzteren Geltung hatten, nur bei notorischer Geisteskrankheit erfolgen. Ich hatte aber schon 1907*) über drei Fälle aus der Privatklientel berichtet, bei welchen die Kranken wirklich in den Initialstadien behandelt worden waren und wobei die Erfolge schon bedeutend befriedigender und auffallender sich darstellten. Gerade in den letzteren Jahren, als ich noch das n.-ö. Landessanatorium a. Steinhof leitete, bot sich mir Gelegenheit, den Wert der Tuberkulinmethode, freilich in den meisten Fällen nach v. Wagner mit einer antiluetischen Kur kombiniert, an einem sehr großen Materiale von Kranken prüfen und beobachten zu können, das eben beginnende Paralytiker, solche, bei welchen die Opportunitätsdiagnose „schwere Zerebrasthenie" od. dergl. noch möglich war, in größerer Anzahl enthielt. Einer meiner Schüler wird demnächst die mit diesem Materiale gesammelten Erfahrungen ausführlich veröffentlichen. Ohne dieser Publikation vorgreifen zu wollen, kann und darf ich jetzt schon sagen, daß die Resultate höchst günstig, im einzelnen geradezu glänzende sind; wir hatten mehrfach Fälle, bei welchen volle Berufsfähigkeit für mehr minder lange Zeit sich wieder eingestellt hatte, die Aufhebung der Kuratel wieder möglich war etc.

Zum Schlusse möchte ich kurz über einen Fall berichten, den ich einstweilen gewissermaßen nur als kasuistische Kuriosität mitteile, der aber vielleicht doch zu Nachprüfungen anzuregen geeignet erscheinen mag.

M. E., 21 Jahre alt, mütterlicherseits schwer belastet, angeblich von jeher ein wenig „exzentrisch", intellektuell jedoch normal entwickelt, erkrankte Herbst 1908 ohne bekannte äußere Veranlassungsursache in ziemlich akuter Weise unter dem Bilde einer halluzinatorischen Verwirrtheit; schon nach wenigen Tagen stuporöse Phase mit Nahrungsverweigerung und Katalepsie. Abgabe in ein Privatsanatorium. Von dort nach einigen Monaten in gebessertem Zustande in häusliche Pflege entlassen. Menstruationsprozeß sei stets, auch während der Psychose, ungestört geblieben.

Als ich consiliariter April 1909 das Mädchen zum ersten Male gesehen, bot sie folgendes Zustandsbild, das in vollkommen stationärer Weise bis Oktober 1909 fortbestand. Bei äußerlich leidlich geordnetem Verhalten (zeitlich und örtlich, sowie über Personen der Umgebung völlig orientiert, imstande sich mit Handarbeiten zu beschäftigen etc.) typischer „Wortsalat", Grimassieren, steife gezwungen manierierte Posen, läppisches Grinsen. Zeitweise raptusähnliche motorische Erregungszustände mit Logorrhoe, dabei jedoch kein Zeichen stärkerer gemütlicher Erregung, ausgezeichnete Affektdissoziation (im Sinne Stranskys). Vegetative Funktionen dauernd ungestört. Bei wiederholten Besuchen, wie gesagt, stets dasselbe Bild, ohne daß die üblichen Behandlungsversuche (Eisen-Arsen-Thyreoidin intern, leichte Hydrotherapie etc.) irgend einen Einfluß hätten erkennen lassen.

Die Eltern selbst, durch Zeitungsberichte über den Budapester Kongreß alarmiert, fragten mich, ob ich nicht mit Tuberkulininjektionen einen Versuch machen wollte. Ich verhehlte den Angehörigen nicht, daß unsere diesbezüglichen Erfahrungen auf Paralytiker sich bezögen; da aber andererseits ich mich wohl berechtigt glaubte, angesichts des so klaren Zustandsbildes und des ganzen Verlaufes die Prognose als infaust zu stellen, so erklärte ich mich zur versuchsweisen Anwendung der Erzeugung künstlichen Fiebers auch in diesem Falle bereit. Zunächst versuchte ich Injektionen mit Natrium nucleïnicum,*) mußte aber davon schon nach der zweiten Einspritzung abstehen, da die Kranke sich über heftige Schmerzen beklagte und weiteren Injektionen absoluten Widerstand entgegensetzte. (Es waren übrigens nur subfebrile Temperaturen zu erzielen gewesen.) Nach vorsichtig tastenden Vorversuchen mit Tuberkulin (Dosen von 0,0001 bis 0,001), welche ohne fieberhafte Reaktion verliefen, schritt ich nun November 1909 zur Vornahme einer regelrechten Tuberkulinkur (0,01—0,3 höchste Dosis). Die Kranke fieberte jedesmal sehr stark (T. bis zu 39,8). Schon nach der 3. und 4. Injektion wollten die Angehörigen beobachtet haben, daß während der Höhe des Fiebers (nicht in der fieberfreien Zeit) die Patientin auffallend besser sei, mehr „vernünftig" spreche. In der Folge war der Eindruck einer zunehmenden Besserung auch dem Hausarzte und mir ganz unverkennbar, und machte ungeahnt rapide Fortschritte. Ende November konnte man — bei aller Skepsis — von einer Heilung sprechen. Das Mädchen war völlig frei, bekundete weitgehende Krankheitseinsicht, sie sei das ganze Jahr wie in einem schweren Traum

*) Pilcz, Wiener medizin. Wochenschrift 1907: „Zur Tuberkulintherapie der progressiven Paralyse".

*) Fischer, Prager medizin. Wochenschrift 1909, Nr. 29: „Über die Wirkung des Nucleïns auf den Verlauf der progressiven Paralyse". Donath, Wiener klinische Wochenschrift 1909, pag. 1289: „Die Behandlung der progressiven allgemeinen Paralyse mittels Nucleïninjektionen." (Cf. die Referate in dieser Wochenschr., pag. 173 bezw. 271.)



oder Halbschlafe gewesen (für die erste delirante Phase nahezu amnestisch), sie brachte ihrer Umgebung, ihren früheren Liebhabereien und Beschäftigungen (Musik, Lektüre) reges Interesse entgegen; das Grimassieren, die verschiedenen Bizzarrerien hatten völlig aufgehört. Nichs mehr von albern infantilem Gebaren. Mitte Januar 1910 stellte sich mir Pat. wieder vor; auch bei genauestem Examen kann von einer „Defektheilung“ nicht gesprochen werden. Weder intellektuelle noch affektive Einbuße erkennbar; keinerlei Tics. Beschäftigt sich zu Hause mit Musik und Lektüre, hilft in der Wirtschaft mit, besucht gesellige Vergnügungen. — Körperzustand blühend, Schlaf ungestört.

Bei ausgesprochen katatonen Formen der Dementia praecox sind ja bekanntlich spontane Remissionen, sogar Heilungen keineswegs selten (ich verweise auf Kräpelin, Pascal*) etc.). Hier aber gibt das so lange Zeit durchaus stationäre Zustandsbild und die so überraschend schnell in (wenigstens zeitlich) unmittelbarem Anschlusse an die Injektionskur aufgetretene „Heilung“ doch zu denken und mag vielleicht zu weiteren Versuchen in dieser Richtung anregen. In zwei anderen Fällen (katatoner Stupor und einfache Dementia praecox) hatte dieses Verfahren allerdings nicht den geringsten Erfolg.

*) Kräpelin, Lehrbuch der Psychiatrie, VII. Auflage, 1904, pag. 234. Pascal, Revue de psychiatrie 1907, pag 99: „Les remissions dans la démenc précoce“.

Erklärung.*)

Gegenüber dem Vorwurf der Unlust zu wissenschaftlicher Laboratoriumsarbeit, den Herr k. k. Regierungsrat Direktor Dr. Schlöß in Nummer 44 dieses Blattes gegen die jüngere Ärztegeneration der von ihm geleiteten Anstalt erhebt, ergibt sich für diese als zwingende Forderung der Selbstachtung die Notwendigkeit, der aus dem erwähnten Artikel erwachsenden Gefährdung ihres Ansehens in geeigneter Weise zu begegnen. Sie glaubt dies am zweckentsprechendsten durch eine Darlegung der Ursachen jenes „Mangels an Eifer zu wissenschaftlicher Betätigung“ zu tun, die in dem genannten Aufsatze leider vollkommen unberücksichtigt geblieben sind, wodurch beim Leser der Eindruck erzeugt werden konnte, wenn nicht mußte, als seien dieselben lediglich in den Qualitäten des hiesigen ärztlichen Personals zu suchen.

Einer derartigen Auffassung vorzubeugen resp. entgegenzutreten ist der Zweck der nachfolgenden kurzen Erörterung.

Zunächst wirft sich die Frage auf: Ist Laboratoriumsarbeit um jeden Preis für den Anstaltsarzt denn überhaupt so wertvoll? Eindruck mag es ja immerhin machen, wenn im Jahresbericht einer Anstalt so und soviele aus ihr hervorgegangene Publikationen figurieren; wem aber der Sinn für das rein Dekorative abgeht, wer nicht bloß zählt, sondern auch wägt, der wird obige Frage vielleicht doch nicht so unbedingt bejahen.

Auch wäre zu untersuchen, ob gerade dem Anstaltsarzte nicht etwa klinisch-psychiatrische Themen, solche, die sich mehr mit der sozialen Fürsorge für die Kranken in und außerhalb der Anstalt oder auch mit der Besprechung administrativer Einrichtungen befassen, näher liegen mögen als eine Betätigung auf anderen „wichtigen, vielversprechenden Gebieten ihrer Fachwissenschaft, wie Stoffwechseluntersuchungen, Blutforschungen, Mikroskopie usw.“ — jedes einzelne eine, wie man uns zugeben wird, weit ausgebaute Spezialwissenschaft.

Was nun die Ärzte betrifft, denen der Mangel an wissenschaftlicher — und darunter verstehen wir doch forschender — Tätigkeit zum Vorwurf gemacht wird, so sind dieselben zum überwiegenden Teile kurz nach erlangtem Diplom oder aus praktischen ärztlichen Berufszweigen in den Anstaltsdienst getreten. Woher sollen sie, deren Sorge doch in den ersten Jahren vor allem auf die Sammlung der in ihrer nunmehrigen Laufbahn nötigen fachlichen Erfahrung gerichtet sein muß, die zum selbständigen wissenschaftlichen Arbeiten unerläßliche theoretische und technische Schulung nehmen, wie sie in den zitierten Spezialgebieten bekanntermaßen nur nach langer, mühevoller und ausschließlicher Beschäftigung mit den betreffenden Disziplinen erworben werden kann?

Außerdem: Gehört zum wissenschaftlichen Arbeiten nicht auch Zeit? Die ist nun, ohne daß wir von Überbürdung reden wollen, zumeist vom Abteilungs-

*) Zu dem Artikel „Der wissenschaftliche Betrieb in den Irrenanstalten, Nr. 10“ von Herrn k. k. Reg.-Rat Direktor Dr. Heinrich Schlöß (diese Wochenschrift Nr. 44), über einhelligen Beschluß veröffentlicht von den Ärzten der n.-ö. Landes-Anstalten „am Steinhof“, Wien XIII.



dienst so sehr in Anspruch genommen, daß neben der notwendigen Erholung vielleicht gerade genug für wissenschaftliche Lektüre, keinesfalls aber für systematisches Betreiben eines engeren Spezialstudiums erübrigt, das, wir wiederholen es, nun einmal die unumgängliche Vorbedingung zu ersprießlichem wissenschaftlichen Arbeiten bildet.

Wo diese Schulung in ausreichendem Maße vorhanden ist — und auch unter den n.-ö. Anstaltsärzten gibt es solche, die darüber verfügen —, ward sie meist im Hinblick auf eine beabsichtigte klinische Karriere erworben oder wenigstens entsprechend vorbereitet, eine Laufbahn, die naturgemäß für den theoretisch Veranlagten eher das angemessene Feld der Betätigung darstellt, auf dem für die aufgewandte Mühe auch Anerkennung und praktische Erfolge winken.

Im allgemeinen aber steht der Anstaltsarzt — das vergesse man doch nicht — nach der ganzen Art seiner Tätigkeit und Anschauungsweise dem praktischen Arzte und dem Kliniker weit näher als dem anatomischen oder chemischen Forscher.

Der Krankensaal, die Anstalt mit allen ihren auf Behandlung, Beschäftigung, Erholung, gesellige Zerstreuung der Pfleglinge abzielenden Einrichtungen ist sein Element, nicht das Laboratorium. Er soll zudem nicht bloß Psychiater, sondern außerdem tunlichst universell medizinisch gebildet sein und in allen einschlägigen Spezialfächern — Chirurgie, Gynäkologie, Otiatrie usw. — wenigstens annähernd auf dem laufenden bleiben. Durch gründliche Kenntnisse in diesen Zweigen — und dieser Erwägung wurde durch Beurlaubung von Ärzten an entsprechende Kliniken von seiten der n.-ö. Landesverwaltung in munifizentester Weise Rechnung getragen — wird der Anstaltsarzt seiner vornehmlichsten Aufgabe weit eher gerecht werden als durch ein Dilettieren auf Gebieten, die er im allgemeinen ja doch kaum mit Aussicht auf echten wissenschaftlichen Erfolg wird beackern können.

Wer nichtsdestoweniger aus der Anstalt heraus sich zu ernsten, wissenschaftlichen Leistungen emporzuschwingen vermochte, verdankt dies wohl seiner glücklichen individuellen Veranlagung und Neigung, schwerlich aber einem Auftrage oder gar Zwange, von welcher Seite immer derselbe gegeben beziehungsweise ausgeübt würde.

Die Ärzte der n.-ö. Landes-Anstalten „am Steinhof“, Wien XIII.

Hysterie und moderne Psychoanalyse.

Von Hofrat Dr. *A. Friedländer*, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M.

(Fortsetzung.)

Was sich gegen die immerhin modifizierten Anschauungen Jungs sagen läßt, hat Aschaffenburg in seinem Vortrag und später in seinem Referat in Amsterdam in klarster Weise zum Ausdruck gebracht. Aschaffenburg „versagt völlig die Fähigkeit des Folgens“ bei den erzwungenen Psychoanalysen. Daß Freud und seine Anhänger stets sexuellen Komplexen begegnen, scheint ihm eine Folge der Methode zu sein, eine Folge des „Assoziationszwanges“. Er glaubt nicht, daß es an dem spezifischen Krankenmaterial Freuds liegt, wie Löwenfeld meint, auch nicht, daß „die Bevölkerung Wiens besonders stark zu sexuellem Denken neige“. Er schließt damit, daß er sagt: „Freuds Vorgehen lenkt die Aufmerksamkeit auf das sexuelle Gebiet. . . Harmlosen Worten legt er eine sexuelle Bedeutung bei.“ Das ist der Grund, warum Aschaffenburg die heuristische Bedeutung der Psychoanalyse so gering, die Methode ein unsicherer, ja bedenklicher Weg zu sein scheint, da er rettungslos zu Fehlschlüssen führen muß. Ich habe dasselbe mit dem Satze ausgedrückt: „Durch Freud und seine Jünger werden für ätiologische Auffassung einerseits und daraus entspringendes therapeutisches Handeln andererseits Wege gewiesen, die auf Abwege führen können.“ Daß die besondere Art der analytischen Methode therapeutischen Erfolg zeitigen könne, bezweifelt Aschaffenburg nicht. Er behauptet aber, daß ein gleiches auch ohne sie (entsprechende Befähigung des Arztes vorausgesetzt) möglich sei. Er verwirft ein Eingehen auf das sexuelle Leben in der Art, wie es diese „Methode“ verlangt, und verweist auf eine Kranke Jungs, die dieselbe die „reinste Marter“ nennt. Er betont, daß die Patienten, an denen er Versuche in dieser Richtung machte, fast ausnahmslos über eine quälende Empfindung geklagt haben, obgleich er nicht entfernt so tief auf Einzelheiten eingegangen ist, wie Freud dies getan hat.

Aschaffenburg wiederholt sein früher abgegebenes Urteil: „Die Methode ist für die meisten Fälle unrichtig, für viele bedenklich und für alle entbehrlich.“ Bei der



später folgenden Diskussion hob Frank wieder den Wert der Methode hervor und forderte zu einem Besuch seiner Anstalt auf, um dort mit der Freudschen Methode gebesserte und geheilte Patienten vorstellen zu können. Alt erklärte, „ein eigenes Urteil über den etwaigen Wert der psychoanalytischen Methode nicht zu haben. Er müsse aber energisch abraten bei Hysterischen, von denen manche sowieso schon dazu neigen, den Arzt zum Vertrauten ihres Sexuallebens zu machen, die Freudsche Methode anzuwenden. Der redlichen Aufklärung der Nervenärzte sei es allmählich gelungen, im Publikum die unsinnige Ansicht auszurotten, daß die Hysterie auf ungestillte geschlechtliche Begehrlichkeit zurückzuführen sei. Durch Freud sei über die armen Hysteriker wieder von neuem die Acht heraufbeschworen. Eine so heikle Befragung der Hysterischen berge übrigens auch große Gefahren in sich für Patienten und Arzt. Er halte sich im Gewissen dafür verpflichtet, Hysterische dringend vor dem Eintritt in eine Anstalt zu warnen, deren Arzt ein Anhänger der Freudschen Untersuchungs- und Behandlungsmethode sei." Heilbronner sprach auf Grund seiner zahlreichen eigenen Untersuchungen der Freudschen Methode und Therapie auch jede wissenschaftliche Bedeutung ab. (Zitiert nach dem Altschen Sitzungsbericht.) Weygandt nennt die Freudschen Theorien eine „Art Modesache". „Die Anschauungen Freuds haben Lob und Verherrlichung erfahren, als ob es sich um einen zweiten Galilei handle." Weygandt sieht sich gleichfalls genötigt, die „indifferenten" Kreise zu warnen; von den Anhängern Freuds gehört zu werden — an diese Möglichkeit zu hoffen wagt auch er bei denen nicht, die „sich ja mit dreifachem Wall gegen die Kritik gesichert haben". Gerade von der Lehre des Traumes, die Jung (siehe oben) als die Fundamente der Hysterietheorie bezeichnet, sagt er, daß „Freud in seiner Deutekunst viel zu weit gehe", daß das „übertriebene Bemühen", Beziehungen zu finden, die bezüglichen Arbeiten „geradezu ungenießbar mache". „Das Gros der Freudschen Deutekunst erscheint willkürlich und darum wertlos." Dies sagt ein Autor, der mit besonderer Wärme und ebensolchem Geiste für das Gute in den Freudschen und Jungschen Hypothesen eintritt. Kräpelin spricht in der 7. Auflage seines Lehrbuchs von der Psychoanalyse Freuds und sagt: „Wir dürfen nicht bezweifeln, daß man auf diesem Wege noch ganz andere Dinge herausbringen könnte. Wenn aber unsere vielgeplagte Seele durch längst vergessene, unliebsame sexuelle Erfahrungen für alle Zeiten ihr Gleichgewicht verlöre, so dürften wir am Anfange vom Ende unseres Geschlechtes angekommen sein; die Natur hätte ein grausames Spiel mit uns getrieben."

Weber würdigt in seinem kritischen Referat zweier Arbeiten von Groß und Jung (Otto Groß, Das Freudsche Ideogenitätsmoment und seine Bedeutung im manisch-depressiven Irresein Kräpelins, Leipzig, Vogel, 1907, und C. G. Jung, Der Inhalt der Psychose, Leipzig und Wien 1908) die psychologischen Verdienste dieser Autoren, weist aber dann auch darauf hin, daß „der Heilungseffekt der Besprechung dieser psychischen Traumen von einer nur sehr geringen und vorübergehenden Bedeutung sei". „Daß eine Aussprache vorübergehende Erleichterung verschafft, weiß man von jeher. Die betreffende Patientin ist aber danach erst recht wieder deprimiert und muß schließlich in die Kreisirrenanstalt verbracht werden; . . . so kann man immer die Beobachtung machen, daß die gewöhnliche psychische Exploration, wie sie jeder um seine Patienten besorgte Arzt ausübt, auch ohne Psychoanalyse, Traumdeutung . . . viel Material an sexuellen Erlebnissen . . . spontan zutage fördert, ohne daß damit außer einer vorübergehenden Erleichterung für den Verlauf der Krankheit etwas Wesentliches gewonnen wäre; im Gegenteil sehen wir eine Besserung erst dann, wenn es gelingt, das Interesse der Kranken von diesen Sexualerlebnissen abzulenken und . . . den Aufgaben zuzuwenden, die sie in ihrem Beruf, ihrer Familie, an ihren Kindern haben."

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Vom 18. bis 24. September d. Js. findet die **Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte** in Königsberg i. Pr. statt. Es sollen auf derselben besonders die gemeinschaftlichen Sitzungen gepflegt werden.

Anmeldungen von Vorträgen für die Sektion für Psychiatrie und Neurologie werden baldigst erbeten an Professor Dr. E. Meyer in Königsberg i. Pr., psychiatrische Klinik.

Bisher sind von Vorträgen und Referaten angemeldet:

1. Bárány-Wien: Untersuchungsmethoden des Vestibularapparates und ihre praktische Bedeutung (insbesondere für die Diagnose der Erkrankungen der

hinteren Schädelgrube, sowie für die Beurteilung der Unfallsfolgen nach Schädelverletzungen).

2. Bonhöffer-Breslau: Ref. Über Degenerationspsychosen.

3. Higier-Warschau: Tay-Sachssche familiare Idiotie und verwandte Zustände.

4. Isserlin-München: Über den Ablauf von Willkürbewegungen.

5. Liepmann-Berlin: Über Pseudobulbärparalyse.

6. Mingazzini-Rom: Über pathologisch-anatomische Untersuchungen zur Aphasiefrage.

7. Reichardt-Würzburg: Über die Hirnmaterie.

— **Arsenige Säure bei Paralyse.** Die Bedeutung, welche die Arsenbehandlung der Paralyse*) gegenwärtig zu erlangen scheint, rechtfertigt einen historischen Hinweis. Nach einer Notiz in der Allgemeinen Zeitschr. f. Psych., Bd. XXIV, pag. 838, 1867 hat Dr. Lisle in der Academie der Medizin zu Paris am 17. September 1867 über seine Erfolge mit arseniger Säure bei Hirnkongestion und Halluzination berichtet. Es heißt dort: „Von 193 dieser Letzteren (sc. Halluzinanten? oder bei Hirnkongestionen?), welchen man arsenichte Säure als Curmittel reichte, wurden 131 oder 67% geheilt und 29 dauernd gebessert. Die Halluzination, bis dahin als ein Symptom des Irreseins betrachtet, bildet fast immer nur eine etwas schwere Komplikation desselben. Sie ist das charakteristischste Symptom einer Hirnkongestion. Die arsenichte Säure wirkt als ein wahrhaft spezifisches Mittel dagegen und zeigt sich auch sehr nützlich bei Paralytikern, Inkohärenten, Melancholikern usw., die frei von Halluzinationen sind, allein sinnfällige Phänomene von Hirnkongestion kundgeben". Lisles Dosis wechselte zwischen 5 und 16 Milligramm dreimal täglich nach dem Essen.

Es heißt in der Allgem. Zeitschrift weiter, daß Baillarger und Cérice zu Kommissionären dieser praktischen Notiz ernannt wurden. Über das Ergebnis der Nachuntersuchung konnte ich in der deutschen Literatur nichts finden.

Obermeier dagegen (Archiv f. Psychiatrie, IV, 262) hat nach vier Monate lang fortgesetzten Versuchen keinen Einfluß auf die Halluzinationen zu erkennen vermocht. Er benutzte die Boudinsche Lösung, die auch Lisle angewendet hat, da die Solut. Fowleri Kristalle von arsenigsaurem Kali abscheidet.

Die Behandlung von Geisteskrankheiten mit Arsenik läßt sich selbstverständlich noch weiter zurück in der Vergangenheit verfolgen. Hahnemann empfahl ihn 1796 bei Rasenden mit „straffer Faser und zu substanziösem Blute".

Bei Paralyse finde ich es noch einmal mit bloßer Nennung in Mickle, General Paralysis of the Insane, II. Auflage 1886, p. 398.

Wie sehr Arsenik früher bei Nervenkrankheiten im Gebrauch war, beweist die umfangreiche Monographie von Ch. Isnard: Therapeutischer Gebrauch des Arseniks gegen Krankheiten des Nervensystems. Deutsche Ausgabe 1867. Dr. Bresler.

*) cf. pag. 158 dieser Wochenschrift.

Referate.

— Becker, Dr. Th., Über Simulation von Schwachsinn (II. Teil). Klinik f. psychische und nervöse Krankheiten (Sommer), IV. Bd., 2. Heft. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1909.

Ausführlicher Bericht über die Untersuchung eines zweiten Falles von Simulation von Schwachsinn (über den ersten Fall wurde in derselben Zeitschrift, Bd. IV, Heft 1 berichtet). Die Ergebnisse vielfacher, komplizierter Untersuchungsreihen führten zur Überzeugung, daß ein Zustand von schwererem Schwachsinn nicht vorlag. Durch die körperliche Untersuchung ließ sich eine hysterische Veranlagung feststellen. Verf. spricht sich an verschiedenen Stellen der Arbeit über den Wert der Methoden der Prüfung der geistigen Fähigkeiten aus, wodurch der Wert der Arbeit noch über den eines an sich schon sehr wertvollen kasuistischen Beitrages hinaussteigt; die Einzelheiten müssen wohl im Originale nachgelesen werden. Berze.

— Dr. Roth u. Dr. Gerlach, Der Banklehrling Karl Brunke aus Braunschweig. (Jur.-psych. Grenzfragen, VII. Bd., Heft 2.) Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1909.

Ausführliches Gutachten, das zu dem Ergebnis kommt, daß K. Br. ein Degenerierter ist, die bei ihm nachgewiesene geistige Abnormität nicht als eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit, durch welche die freie Willensbestimmung dauernd aufgehoben wird, angesehen werden kann, die Willensbestimmung aber für den Angeklagten mit krankhaft bedingten Schwierigkeiten verbunden ist, die der Gesunde nicht kennt. — K. Br. wurde zu acht Jahren Gefängnis verurteilt. Am 1. August 1909 hat er sich in seiner Zelle erhängt. Berze.

— Nolda, Dr. A., Über die Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranke. II. Auflage. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a S., 1909. 26 Seiten.

Der Aufenthalt im Hochgebirge ist für viele Nervenkranke ein vorzügliches Heilmittel, auch im Winter. Hauptsächlich kommen dabei in Betracht: Neurasthenie, Hypochondrie, Grübelsucht, Hemikranie, Neurasthenia cordis et vasomotorica, nervöse Dyspepsien, sexuelle Neurasthenie, traumatische Neurosen, Asthma bronchiale seu nervosum, Hysteroneurasthenie, leichtere Formen von Hysterie, Melancholie, Epilepsie, Morbus Basedowii. Berze.

Heute Mittag 12 Uhr entschlief sanft in Folge von Altersschwäche im 85. Lebensjahre mein geliebter Mann, unser guter lieber Vater, Schwiegervater, Schwager, Onkel, Großvater und Urgroßvater

Dr. med. C. M. Brosius.

In tiefstem Schmerz im Namen der trauernden Hinterbliebenen:

Frau Sophie Brosius geb. Bolle.

Sayn, den 17. Februar 1910.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 50. 5. März **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Über die Vorlagen eines Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetzes in Österreich. (S. 439.) — Hysterie und moderne Psychoanalyse. Von Hofrat Dr. A. Friedländer, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M. (Schluß.) (S. 442.) — Mitteilungen (S. 445): Zur Frage der Gutachtenhonorare. — Personalnachrichten. (S. 445.)

Über die Vorlagen eines Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetzes in Österreich.

Mehrere am 12. Januar 1910 in Hall, Tirol, zur Beratung der neuen Vorlage für ein Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetz in Österreich versammelte Anstaltsärzte beschlossen, folgende Resolution zu veröffentlichen und die Kollegen zu ersuchen, sich derselben anzuschließen:

Der Entwurf des neuen Irrenfürsorgegesetzes schafft für die an den Landesanstalten tätigen Psychiater ganz neue Arbeitsbedingungen und eine Änderung ihrer sozialen Stellung, welche von einer öffentlichen Brandmarkung nur insoweit sich unterscheidet, als dieselbe nicht ausdrücklich ausgesprochen ist, aber aus jeder Zeile des Entwurfes hervorgeht.

Er schöpft seine Berechtigung hierzu aus der Befürchtung, daß in den Anstalten für Geisteskranke Freiheitsberaubungen vorkommen könnten, ohne den Beweis dafür, daß sie vorgekommen sind, erbringen zu können.

Wir wissen alle, daß er nur dem Geschrei Vereinzelter zuliebe entstanden ist, welche immer wieder das Märchen der widerrechtlichen Freiheitsberaubung durch die Irrenärzte ausposaunen, nicht immer lediglich aus „ihres Nichts durchbohrendem Gefühle" heraus, nur zu oft aus geschäftlichen Rücksichten oder aus Sensationsbedürfnis.

Der Entwurf schließt sich diesen Voraussetzungen einer phobischen Angst vor den Irrenärzten an, obwohl maßgebenden Ortes die Haltlosigkeit dieses Vorwurfes bekannt sein muß. Wir können ihn daher nur als eine Konzession betrachten, welche unsere Standesehre diesen Schreiern preisgibt, statt sie zu schützen.

Da sich diese Preisgebung aber nicht nur auf unsere Standesehre erstreckt, sondern auch auf alle Beziehungen zu den Kranken, so ist eine Abwehr nicht nur Pflicht unserer Selbstachtung, sondern auch unserer beruflichen Existenz.

Wir bestreiten vor allem, daß in den Landesanstalten widerrechtliche Anhaltungen vorgekommen sind.

Wenn sie nicht vorgekommen sind, so ist dies die Folge unserer eigenen selbstverständlichen Pflichttreue, nicht aber die eines gesetzlichen Paragraphen.

Wir bestreiten nicht, daß man es versucht, uns abnorme Menschen oder Grenzfälle zuzuführen und sie in Anstalten für Geisteskranke zu bringen. Wenn dies geschieht, so liegt die einzige Ursache darin, weil man sich dieser Leute mit den heutigen gesetzlichen Mitteln in keiner Weise erwehren kann und unsere langjährige Forderung nach der Schaffung von solchen Anstalten zur Fürsorge für Abnorme und insbesondere kriminelle Abnorme von den dazu allein berechtigten Staatsbehörden noch immer nicht erfüllt ist.

Wir haben alles andere eher denn ein Interesse daran, solche Leute zu pflegen, ihren insozialen und meist auch verbrecherischen Trieben ausgesetzt zu sein und die lange Liste jener zu vermehren, die ihnen zum Opfer gefallen sind.

Gerade die Sicherheitsbehörden sind es, die uns solche Elemente zuführen, weil diese sich in keine Ordnung einfügen, und weil man sie in Zwangs- oder Besserungsanstalten nicht bringen kann, das Strafgesetz meist nur vorübergehende Sicherung zuläßt und besonders, weil die Fassung des Unzurechnungsfähigkeitsbegriffes des Strafgesetzes diese Elemente von der Strafe befreit, ohne sie anderswie zu sichern.

Wir verlangen, daß die Geisteskranken von dem Odium und den Gefahren bewahrt werden, welche



die gemeinsame Pflege mit Verbrechern und moralisch Defekten ihnen auferlegt, und fordern die Sicherheitsbehörden auf, für die Unterbringung dieser Leute in geeigneten Anstalten selbst die Obsorge und Verantwortung zu tragen.

Wir protestieren dagegen, daß dieser Elemente wegen die Irrenanstalten zu Polizeigefängnissen degradiert werden sollen und die Ärzte zu Exekutionsorganen der Sicherheitspolizei, wie es der neue Entwurf einer Irrenfürsorge vorsieht.

Wir bestreiten ganz entschieden, daß eine bureaukratische Ordnung des Aufnahmeverfahrens, welche die Möglichkeit, einen Geisteskranken in eine Anstalt zu bringen, von einer Verfügung der Bezirksbehörde I. Instanz und der Rechtsschutzbehörde abhängig macht, geeignet ist, dieses Geschrei über widerrechtliche Internierungen aus der Welt zu schaffen. — Wir behaupten, daß eine amtliche Verfügung heute erst recht geeignet ist, Widerspruch hervorzurufen.

Wir bestreiten, daß man in der Bevölkerung den Gutachten eines Amtsarztes mehr Glauben beimessen werde als dem des behandelnden Arztes und des Anstaltsarztes. — Wir protestieren dagegen, daß man unsere Gutachten im Aufnahmeverfahren und in der Kuratel als befangen betrachtet und daß man uns durch Irreninspektoren überwachen will, welche dem praktischen Dienste fernstehen. Wir protestieren gegen die Trennung der Psychiater in solche, welche die ganze Arbeit zu leisten haben und dafür nie das Recht haben, eine eigene Meinung zu besitzen, und solche, welche den Kranken niemals anders als vorübergehend sehen und das maßgebende Urteil für sich gepachtet haben sollen. Wir werden unser Gutachten niemals vor demjenigen der Irreninspektoren zurückstellen lassen. Wir protestieren gegen die Einmengung der Irreninspektoren in die Bedürfnisfragen der Landesanstalten und halten jede Einmengung derselben nur für einen Schaden für die Anstalten. Wir verlangen, daß wir im Entmündigungsverfahren als Sachverständige nicht nur beigezogen werden, sondern, daß unser Urteil unbedingt berücksichtigt werden müsse. Nur so kann es vermieden werden, daß Geheilte unter Kuratel kommen oder Kranke für gesund erklärt werden und entlassen werden sollten.

Wir protestieren gegen die Vertrauensmänner des neuen Entmündigungsgesetzentwurfes, welche nur dazu da sind, unsere Stellung den Kranken gegenüber zu einer unhaltbaren zu machen, die Kranken zu verhetzen, die psychische Behandlung zu vereiteln, jede Maßnahme schief zu beurteilen und alle jene Schwierigkeiten ins Ungemessene zu steigern, die wir heute schon durch die Einsichtslosigkeit der Verwandten zur Genüge empfinden müssen.

Wir protestieren gegen diese Logik, welche uns überall als befangen hinstellt, im Entlassungsverfahren aber uns zur Abgabe eines unmöglichen Gutachtens über die Pflege der Kranken außer der Anstalt zwingt und uns damit alles Odium aufbürdet und alle Verantwortung.

Wir protestieren gegen die Strafbestimmungen des Fürsorgegesetzes, das uns mit entehrenden Freiheitsstrafen bedroht, strenger als sie über Trunkenbolde und Diebe verhängt werden, und welche so dehnbar sind, daß sie für jede beliebige Übertretung des Gesetzes verhängt werden können.

Wir bezeichnen den Entwurf als eine schwere Verirrung, welche notwendig für die ganze Entwicklung des Irrenwesens in Österreich die verhängnisvollsten Folgen haben muß. — Er erschwert die Aufnahmen und macht sie von Verfügungen der politischen Behörde oder Kuratelsbehörde abhängig, welche nicht nur zeitraubend, sondern auch kostspielig und unverläßlich sind.

Er führt nur Verwahrlosung und Gefährlichkeit als Gründe der Pflegebedürftigkeit an und macht die „Anhaltung", d. i. die Möglichkeit, die Krankenanstalt benutzen zu dürfen, von einem Erkenntnis eines Gerichtes abhängig, welches sich nur auf das Gutachten eines erfahrenen Arztes zu stützen braucht, das Urteil des Anstaltsarztes aber gar nicht zu berücksichtigen hat.

Er macht die Entlassung eines Kranken von Verfügungen der politischen Behörden und Gerichtsbehörden abhängig und von der Beibringung einer so genau umschriebenen Haftverpflichtung, daß die Entlassung eine ganz außerordentliche Verantwortung der Angehörigen nach sich zieht.

Er verstößt auch durch die Erschwerung der Aufnahmen und Entlassungen gegen die Grundforderungen der psychiatrischen Erfahrung auf das elementarste.

Er stützt sich auf die Organisation des politischen Dienstes, die aber heute noch in ganz anderen wichtigeren Dingen versagt.

Er schafft eine Anzeigepflicht, welche nicht nur den Angehörigen, sondern auch den behandelnden Ärzten und Polizeiorganen auferlegt wird und ein Spitzelgesetz bildet, welches sich in die intimsten Angelegenheiten der Familie eindrängt und jene Diskretion auf das schwerste verletzt, welche jedermann für seine psychischen Gebrechen

zu verlangen das Recht und die soziale Notwendigkeit hat.

Dadurch, daß er diese Anzeigepflicht auch auf die untergeordneten Organe des politischen Dienstes und der Polizei überträgt, wird er Mißbräuchen schwerster Art Tür und Tor öffnen.

Er sieht in dem Kranken nur ein Rechtsobjekt, in der Pflege nur eine Freiheitsberaubung und geht somit von einer völligen Verrückung der Tatsachen aus.

Wir erklären, daß der Entwurf daher schon in seinen Voraussetzungen verfehlt ist.

Wir finden in ihm keine Spur einer wirklichen Fürsorge für den Kranken, keinen einzigen neuen Gedanken, der nicht schon mit den heutigen Bestimmungen längst hätte verwirklicht werden können.

Wohl aber verstößt der Entwurf gegen die Grundbedingung der psychiatrischen Erfahrung sowohl als gegen diejenigen unseres heutigen Wirtschaftslebens, welche die Erlangung schneller, sachgemäßer Hilfe und die Ausschaltung aller unnützen bureaukratischen Erschwerungen verlangen.

Der Entwurf wird auch die Anstalten dadurch schädigen, daß einigermaßen selbständig denkende Ärzte sich für Anstaltsstellungen nicht mehr finden werden, die Tüchtigkeit des Anstaltsarztes aber immer die Grundlage der Irrenfürsorge bleiben muß.

Er wird durch die Trennung in arbeitende Psychiater und solche, welche nur zu begutachten haben, sich um den Kranken später aber nicht mehr zu kümmern brauchen, die Expertisen schädigen und die Anstalten mit moralisch minderwertigen Elementen füllen, besonders, wenn der Teil des Entwurfes, welcher über die Anzeigepflicht handelt, in seiner jetzigen Form durchgeführt werden sollte.

Er wird die bemittelten Elemente von der Benutzung der öffentlichen Anstalten abhalten und die Auslagen der Länder vermehren, die Winkelanstalten mit geschlossener Pflege und Mastkur aber doch nicht unterdrücken können, weil nur die Erleichterung der Aufnahmen in tüchtige öffentliche Anstalten dies bewirken kann.

Er wird die Auslagen der Länder ins Ungemessene steigern, weil er die Entlassung erschwert, die Pflege Geisteskranker gemeinsam mit körperlich Kranken auch in Siechenanstalten verbietet, während er die Bemittelten von der Benutzung der öffentlichen Anstalten abschreckt.

Der Entwurf drückt den Kranken und den Anstalten ein unauslöschliches Stigma auf durch die Anzeigepflicht, die behördlichen Einweisungen und die Entlassungsbestimmungen, die Desavouierung der Anstaltsärzte etc. und am meisten dadurch, daß er in den Kranken immer nur die in den Anstalten eingesperrten und vor den Ärzten zu schützenden Rechtsobjekte der öffentlichen Verwaltung sieht und überall nur von ihrer Gefährlichkeit und Verwahrlosung spricht, die Hilfsbedürftigkeit aber mit keinem Worte berücksichtigt.

Er verläßt dadurch ganz den Boden, auf dem sich die Entwicklung des Irrenwesens bis jetzt bewegt hat, indem sie sich bemühte, das Stigma zu vermindern. Er drängt die Anstalten dadurch auf die längst überwundenen Zeiten der „Dorenkisten“ zurück.

Wir verlangen:

1. Erleichterung der Aufnahmen, Beseitigung des ohnehin wertlosen Zeugniszwanges.

2. Erleichterung der Entlassungen und Abschaffung der Polizeireverse; dafür Überweisung der Kranken an Hilfsorganisationen und an einen externen Dienst der Anstalten.

3. Ausbau der Anstalten im Sinne der individualisierenden und Familienpflege.

4. Demgemäße Entfernung aller derjenigen Elemente, welche heute nicht der Krankheitsform wegen, sondern nur ihrer insozialen Eigenschaften wegen dort gepflegt werden müssen.

5. Eine völlige Neuschöpfung des auf gänzlich veralteten Begriffen aufgebauten Entmündigungswesens des heutigen Gesetzes sowohl als des neuen Entwurfes mit obligatorischer Beiziehung der Anstaltsärzte zur Entmündigungsexpertise und Anlehnung des Rechtsschutzes an die Hilfsorganisationen für die entlassenen Kranken.

6. Eine vollständige Trennung des Rechtsschutzes von der Pflege des Kranken, so daß die Möglichkeit, Hilfe zu finden, nicht von der Kuratelverhängung und Stigmatisierung gefolgt sein darf.

Bevor diese Forderungen nicht erfüllt sind und bevor auf Grund dieser Reform nicht neue, eingehende Erfahrungen vorliegen, sind die Voraussetzungen für ein Irrenfürsorge-Gesetz nicht gegeben.

Wir lehnen daher den vorliegenden Entwurf unbedingt ab, da er in seinen Voraussetzungen verfehlt ist. Wir halten auch eine Verbesserung dieses Entwurfes für ausgeschlossen, weil Polizeiparagraphe noch keine Fürsorge bedeuten.

Unter Betonung der Dringlichkeit einer zeitgemäßen Reform der heutigen Bestimmungen über das

Irrenwesen, fordern wir auf, neue Enqueten zu bilden unter der Ägide der Landesausschüsse als derjenigen Faktoren, denen wir die heutigen Fortschritte des Irrenwesens allein zu danken haben, aber unter Beiziehung der Anstalts- und Bezirksärzte und aller derjenigen, welche praktisch mit der Irrenpflege zu tun haben.

Wir fordern diese Enqueten zum Studium und zur Durchführungsvorbereitung unserer obigen und noch weiterer Vorschläge auf, welche wir zu erstatten und zu begründen bereit sind.

Hysterie und moderne Psychoanalyse.

Von Hofrat Dr. *A. Friedländer*, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M.

(Schluß.)

Jung hat in seiner Arbeit die Behauptung aufgestellt, daß 70 bis 80% aller Anstaltskranken an Dementia praecox leiden. Weber bespricht die von Jung wiedergegebenen Krankengeschichten und weist unter Ablehnung seiner speziellen psychologischen Hypothesen auf den wertvollen Kern der eingehenden Arbeiten Jungs hin. Ich habe einer gewissen Vollständigkeit wegen auch auf Arbeiten Rücksicht genommen, die sich nicht nur mit der Hysterie beschäftigen; auch aus dem Grunde, um die Ausbreitung zu zeigen, die die ursprünglich für die Hysterie geltenden Freud-Breuerschen Anschauungen gewonnen haben. Weber stellt letzteres mit folgenden Worten fest: „Und wenn man sieht, wie das, was Freud und seine Schüler für die Hysterie und viele neurasthenische, nervöse und degenerative Zustände lehren, jetzt auf die Dementia praecox, von Groß auf das manisch-depressive Irresein angewandt wird (auf Melancholie, Paranoia, Impotenz usw. siehe oben, Ref.), so bleibt bald keine funktionelle Psychose mehr übrig, die nicht durch eine geschickte Psychoanalyse auf ein sexuelles Trauma als Wurzel zurückzuführen wäre. Denn bei der Rolle, die die Sexualität nun einmal im Leben des Menschen spielt, wird es nicht schwer sein, bei jedem in seiner Vergangenheit ein irgendwie geartetes Trauma auf diesem Gebiete nachzuweisen."

Die Stellung, die Autoren wie Binswanger und Ziehen gegen die Freudsche Lehre einnehmen, habe ich bereits in meiner Arbeit erwähnt. Ziehen hat mittlerweile auch gegen Jung Stellung genommen, indem er „vor solchen Abwegen der Assoziationspsychologie warnt". Über die Jungschen Psychoanalysen urteilt er geradeso wie über die Freudschen, sie sind gleichermaßen „gezwungen".

Auf die Arbeiten von Vogt, Brodmann, Möbius, Krehl, Hellpach, Stegmann, Spielberg, Raimann, Babinsky, Pitres, Westphal usw. kann ich nicht eingehen. Oppenheim sagt in der neuesten Auflage seines Lehrbuches: „Mußte der ursprünglichen Lehre von Breuer und Freud auch eine hervorragende Bedeutung zuerkannt werden, so hat der weitere Ausbau und Umbau derselben durch Freud diesen Autor auf Irrwege geführt, vor deren Betretung wir nicht genug warnen können. Besonders sind es seine Versuche der Umdeutung und seine Lehre von dem sexuellen Ursprung der Hysterie (und Zwangszustände), die eine unerlaubte Überspannung der Tatsachen enthalten."

Es bleibt nur noch übrig Dercum anzuführen, der es sich in „einer Analyse der psycho-therapeutischen Methoden" so bequem macht, daß man sich fragt, ob diese Arbeit wirklich aus diesem Jahrhundert stammt. Nachdem er erklärt hat, daß alle Symptome, welche die funktionellen Nervenkrankheiten bieten, eine physische Basis haben, mißt er wohl der Wach-Suggestion Wert bei; die Suggestion in Hypnose ist dagegen selten, wenn überhaupt gerechtfertigt, und Psychoanalysen werden wahrscheinlich niemals einen Platz in unserer Therapie finden. Was die Entschiedenheit im Urteil betrifft, gebührt Steyerthal die Stelle sofort nach Dercum. Dieser setzt sich mit recht scharfen Worten mit Freud und Warda auseinander; was er von der psychoanalytischen Behandlungsmethode hält, weiß ich nicht; denn erstens ist in seiner Arbeit, die nur eine „Betrachtung" darstellt, von Therapie nicht die Rede, und zweitens existiert für ihn eine Krankheit Hysterie überhaupt nicht. Der ganze Streit um die Freudsche Lehre, die über die Hysterie verfaßten Monographien erscheinen hiermit ziemlich überflüssig.

Ich habe nicht ohne Absicht mehrere der Autoren, die sich mit der Freudschen Lehre beschäftigen, Freunde wie Gegner wörtlich und zum Teil ziemlich eingehend zitiert. Ich glaube auf diese Weise jedem Leser die Möglichkeit des eigenen Urteils gegeben zu haben. Übersehen wir nun das Ergebnis obiger Zusammenstellung: Dasselbe ist ein recht unbe-



friedigendes. Sehen wir von den Autoren ab, die sich auf den mittleren Linien halten und in der Minderheit sind, so bleiben jene zwei Gruppen, zwischen denen eine Brücke zu schlagen unmöglich erscheint. Mögen sich auch die Gegner der Freudschen Methode durch die Art, in der gewisse Autoren, die durch Schärfe ihrer Diktion das ersetzen wollen, was ihnen an Erfahrung und Beweiskraft abging, herausgefordert fühlen, so hieße es doch das wissenschaftliche Denken sehr tief einschätzen, wenn man hieraus ihre Gegnerschaft ableiten wollte. Daß gerade die Jüngeren unter den Jüngern Freuds besser daran getan hätten, auch gegnerische Anschauungen zu prüfen, bevor sie auf der unsicheren Basis der Hypothese immer lustig weiter bauten, unbekümmert um alle Kritik, darüber dürfte bei denen kein Zweifel herrschen, die objektiv geblieben sind. Aber all dies kann und darf den Wert einer Methode nicht auf die Dauer beeinflussen. Es zeigt sich, daß, je mehr die Freudschen Lehren auf der einen Seite leider Gemeingut aller „gebildeten Laien" werden, sie desto häufiger von fachwissenschaftlicher Seite abgelehnt wurden. Das heißt, soweit die psychoanalytische Behandlung in Betracht kommt. Fast alle Autoren zollen Freud und Jung für ihre psychologische Arbeit große Anerkennung. Nur von jener Therapie, die ein Hineinleuchten in die geheimsten sexuellen Schlupfwinkel, endlose Unterhaltungen mit den Kranken über ihre Sexualität, ein Verfolgen ihrer geschlechtlichen Regungen vom ersten Saugen an der Mutterbrust bis zur psychischen oder senilen Impotenz, verlangt, wollen die meisten nichts wissen. Sicherlich nicht aus Prüderie und nicht aus den Gründen, die Sadger annimmt (siehe oben), sondern weil sie entweder die Theorie für falsch halten, auf der die praktische Therapie aufgebaut wurde, oder weil sie auch auf anderen Wegen zum Ziel kommen zu können überzeugt sind. Daß letzteres der Fall ist, dafür wurden die Beweise erbracht. Und daß die Freudsche Schule diese Beweise noch immer ignoriert, so tut, als wäre vor ihr keine Psychotherapie getrieben, keine Hysterie oder Angstneurose geheilt worden, darin liegt — meines Erachtens — der größte Fehler von Autoren wie Groß und Stekel. Das ist nicht Irrtum, das ist — Unwissenschaftlichkeit oder „Methode". Ich kenne aus eigener Erfahrung die großen Erfolge, die z. B. Binswanger, Vogt und Brodmann in der Behandlung der Hysterie erzielt haben. Ich kenne einen Kollegen, der eine von Freud „geheilte" Patientin wegen schweren Rückfalls zu behandeln hatte; ich habe schwere Hysterien ohne die sexuelle Psychoanalyse geheilt, ich kann u. a. auf einen Fall von Neurasthenie (sog. Angstneurose) hinweisen, den ich vor zehn Jahren durch Hypnose (nach wenigen Sitzungen, und ohne sein sexuelles Leben auch nur zu streifen) gesund machte — wenn die Freudsche Schule behauptet, sie kenne diese Fälle nicht, so mag sie sich mit ihrer mangelhaften Literaturkenntnis entschuldigen, die um so erklärlicher ist, als niemand davor geschützt ist, etwas zu übersehen und niemand imstande ist, eine Disziplin vollkommen zu beherrschen. Dann aber geziemt sich etwas mehr Bescheidenheit. Dann darf nicht das Wort fallen, daß nur die von Freud eingeführte Methode, die den meisten Fachkollegen noch nicht zu Gebote steht, imstande ist, zu helfen. (Groß.) Wie ist es aber zu erklären, daß gerade die Wiener Schule immer eine sexuelle Grundlage findet? Aschaffenburg hat diese Frage eingehend behandelt. Ich glaube aber, ihm in einem Punkte widersprechen zu müssen.

Er will nicht mit Löwenfeld annehmen, daß eine Art von Genius — oder Dämon (Ref.) — loci mitspreche. Ich bin doch dieser Ansicht. Ich möchte dies nicht des breiteren ausführen, nur noch einmal auf Weininger hinweisen, dessen durch und durch pathologisches Buch (ich übersehe nicht die z. T. phänomenalen geistigen Leistungen, die darin enthalten sind) nur auf Wiener Boden entstehen konnte. Lange Zeit wurde von nichts anderem gesprochen als von diesem Buche, und zwischen Freud und Weininger bestanden enge wissenschaftliche Beziehungen. Es ließen sich hier viele Fäden aufdecken, die zu einem Literatenkreise führen, der neben aufdringlich Erotischem viel psychologisch Wertvolles erzeugte, allein hierfür ist hier nicht der richtige Ort. Ich wollte dies nur erwähnen, weil ich der Meinung bin, daß diesen Autoren wirklich ein spezifisches Material zuströmt. Es wird aber auch von vornherein spezifisch durch die Beschäftigung mit den „populär" gewordenen Arbeiten dieser Ärzte. Wer denkt nicht an den Schaden, den Krafft-Ebings bekannte Psychopathia sexualis anrichtete, ganz gegen seinen Willen und seine Absicht? So kommen viele Patienten „präpariert" in die Sprechstunde — wartend auf die Behandlung, die ihnen im Prinzip bereits nur zu bekannt ist. Ich bin auf den nahe liegenden Einwand gefaßt, wie ich über die Kranken dächte, die aus entlegenen Provinzen kommen, vielleicht nicht einmal deutsch lesen können, oder über Fälle wie Fräulein Dora, die mit 14 Jahren in die Behandlung Freuds eintrat? Ich behaupte nicht, daß alle Kranken „autosuggestioniert" zu den Psycho-



analysen erscheinen; was ich glaube ist nur, daß sie entweder wissen oder ahnen, welche Methode an ihnen geübt wird, oder daß sie bereits nach kurzer Zeit durch die Fragen suggestiv beeinflußt sind. Man wende nicht ein, daß sie nichts gefragt würden. Wenn sie ihre Traumerlebnisse erzählen, werden sie immer wieder aufgefordert nachzudenken, ob ihnen nichts einfiele: ihr Stocken und Sichsträuben wird als psychischer Widerstand aufgefaßt, der überwunden werden muß. Der betreffende Examinator muß vermöge seiner wissenschaftlichen Überzeugung etwas finden, er sucht — und er findet. Daß viele der Patienten sich durch die Aussprache erleichtert fühlen, das glauben wir alle, die wir sonst anderer Meinung sind als Freud und seine Schüler. Dasselbe haben wir aber auch erlebt bei unserer Methodik. Jede heilbare Neurose wird durch jeden Arzt geheilt, der eine vertrauenerweckende (suggestive) Persönlichkeit, der das entsprechende therapeutische Rüstzeug, der den Glauben an sich besitzt, der mit dem nötigen Geschick die Technik und den Willen verbindet, sein ganzes Ich dem Kranken zur Verfügung zu stellen.

Die Suggestion stellt gewissermaßen ein Geheimmittel dar, sie kann nicht gelernt, nicht eigentlich gelehrt werden: sie kann einem sonst sehr bedeutenden Arzt fehlen, sie kann einem Kurpfuscher verliehen sein. Auch Lourdes und Andechs haben viele Hysterische geheilt.

Und die Schweizer Schule? Da ist zunächst zu sagen, daß manche Schweizer Autoren bereits recht sehr von Freud abgerückt zu sein scheinen. Bei einer Sitzung der Gesellschaft der Ärzte des Kantons Zürich wurde die Freudsche Theorie von verschiedenen heftig angegriffen. Kesselring sagte, daß man mit solchen künstlichen Psychoanalysen in die komplizierte menschliche Psyche hineintragen könne, was man wolle. Bleuler und Jung bleiben die gewichtigsten Stützen der Freudschen Lehre. Wenn ersterer mir mitteilte, er wolle mich in seiner Klinik davon überzeugen, daß sie, seitdem sie die Freudsche Methode üben, keine verwirrte Dementia praecox (Schizophrenie) mehr hätten, so warte ich bei der kritischen Denkungsweise Bleulers mit meinen Zweifeln so lange, bis ich in Zürich war. Wenn aber Jung 70 bis 80% Dementia-praecox-Fälle in der Anstalt hat, so müßten wir uns ebenso zuerst über die Frage einigen, was er unter Dementia praecox begreift, wie dies bei Stekel und Groß bezüglich ihrer Fälle von Melancholie und manisch-depressivem Irresein, bei Freud bezüglich der Paranoia nötig wäre. Hier hemmt uns vor allem unsere unklare Terminologie. Es bleibt doch auffallend, wenn heute, nachdem wir mit dem Einverständnis von Kräpelin selbst die Dementia praecox immer mehr umgrenzen, ein Beobachter wie Jung eine so ungeheure Zahl von Vertretern einer Krankheitsform konstatiert.

Der Rückblick in die Vergangenheit, den wir getan haben, ist nicht tröstlich. Vielleicht ist es der Ausblick in die Zukunft. Wissenschaftlicher Streit fördert, solange er nicht zum Gezänke wird. Freud und seine Anhänger sollten versuchen, ob sie nicht gleiche Erfolge erzielen, wenn sie die „sexuelle Forschung" aufgeben. Wir Gegner wollen gern anerkennen, was sie in psychologischer Kleinarbeit für das Verständnis der Neurosen geleistet haben. Sie mögen aber bedenken, daß sie mit all ihren Analysen ebensowenig imstande waren, das Wesen der Hysterie restlos zu erklären, wie dies vorher gelungen ist. Die Psychoanalyse an sich ist für den Neurologen und Psychiater unentbehrlich. Die sexuelle Psychoanalyse erscheint vielen von uns bedenklich oder überflüssig. Die große Wichtigkeit der Sexualität für das normale und krankhafte Leben des Menschen erkennt jeder an. Die sexuellen Vorstellungen aber sollen, von seltenen Fällen abgesehen, nicht durch die Behandlung aus ihrer Verdrängung hervorgeholt, sondern durch dieselbe (erzieherisch) verdrängt werden. Aufklärungsarbeit bei den Heranwachsenden — ja; solche bezüglich aller möglichen Perversitäten — nein.

Ich möchte meine Ausführungen mit dem Wunsche schließen, daß einer nicht zu fernen Zukunft beschieden sein möge, den Faktor der Sexualität wieder etwas zu verringern, daß es uns gelingen möge, zu einer einheitlicheren Auffassung vorzudringen, ohne den Tatsachen Gewalt anzutun, daß nicht nur verlangt wird, wir mögen von Freud, Jung und Stekel lernen, sondern daß auch diese in eine ernste Kritik der gegnerischen Anschauungen eintreten.

Daß Freud, der „in den hysterischen Symptomen den Ausdruck ihrer (der Hysterischen) geheimsten, verdrängten Wünsche sieht" (natürlich der sexuellen Wünsche), nicht anders kann, als in der Analyse „diese Intimitäten aufzudecken und ihre Geheimnisse zu verraten", ist eine richtige Folgerung. Aber (wie ich in meinem ersten Referat 1907 ausführte) die Prämissen sind unrichtig beziehungsweise lange nicht für alle Fälle zutreffend. Aber selbst wenn dies wäre, blieben noch die ernsten Bedenken, ob eine Behandlungsmethode gerechtfertigt ist, die ein zuweilen monatelanges Hinlenken der Aufmerksamkeit auf sexuelle Erlebnisse oder Pseudoerlebnisse im Wachen und Träumen notwendig macht. Wäre — wie Aschaffenburg so richtig hervorhob — diese Methode die einzige, die zum Ziele führt, „so müßte sie ebenso



angewendet werden, gerade wie wir die bitterste Medizin verordnen, wenn wir von ihrer guten Wirkung überzeugt sind, wie wir auch eine verstümmelnde Operation vornehmen, falls sie die Erhaltung des Lebens gewährleistet".

Freuds Methode der Hysteriebehandlung aber verstümmelt (ihm sicherlich unbewußt, sonst würde er sie nicht anwenden) sittlich selbst die „wissenden" Hysterischen. Wenn Freud den Satz aufstellt, daß bei keiner Hysterie Gedankenunschuld und bei keiner die Gefahr besteht, ein unerfahrenes Mädchen zu verderben (im „Bruchstück einer Hysterie-Analyse"), so gehört dieser zu einer der vielen Behauptungen, für die er bisher den Beweis schuldig blieb, und es wäre im eigensten Interesse unserer Kranken besser, solche Verallgemeinerungen zu vermeiden. Es ist doch (trotz Sadger) mißlich, einer Krankheit ein Siegel aufzudrücken, derart, daß mit der Diagnose Hysterie sittliche Verderbtheit festgestellt wäre. Dies aber ist die Konsequenz — gewiß nicht für uns Ärzte, aber für die Laien —, die dank den Arbeiten einzelner Anhänger Freuds genügend auf seine „Lehre" aufmerksam gemacht worden sind. Hätte aber selbst jede Hysterie ein derartiges „Wissen", dann darf sie von jedem eher darüber befragt und über ihr unklar gebliebene Perversitäten aufgeklärt werden als von ihrem Arzt. Jedenfalls kann ich mir denken, daß es Eltern gibt, die ihre Töchter lieber lebenslang hysterisch, als einer derartigen sexuellen Psychoanalyse überantwortet sehen möchten, die bis zu Jahren (!) dauert.

Ich möchte in folgende Sätze den Inhalt meines Referates zusammenfassen:

1 Eine kausale, auf alle Fälle von Hysterie anwendbare Therapie besitzen wir nicht.

2. Die kathartische (Abreaktions-) Methode von Breuer-Freud ist theoretisch für die Psychologie der Hysterie sehr fruchtbar gewesen; praktisch gilt sie für gewisse traumatische Hysterien, die durch diese Methode geheilt werden können. Jungs u. a. Assoziationsstudien haben jedenfalls großen Anspruch auf kritische Beachtung in psychologischer Hinsicht.

3. Die psychoanalytische Methode ist sicherlich nicht das einzige Mittel, um Hysterien (nebenbei erwähnt Zwangsvorstellungen, Neurasthenien usw.) günstig zu beeinflussen; sofern sie mit dem detaillierten Eingehen auf sexuelle Angelegenheiten und Perversitäten verknüpft ist, wird sie mit Recht von vielen Autoren abgelehnt.

4. Die psychische Behandlung, wie sie von jedem erfahrenen Nicht-Freudschüler angewendet wird, erreicht, ohne schaden zu können, das gleiche wie die sexuelle Psychoanalyse, unterstützt kann oder muß sie werden, je nach der Art des Falles, durch die für die Behandlung aller funktionellen Neurosen und Psychosen geltenden allgemeinen therapeutischen Maßnahmen. (Abhärtung, Erziehung zur Arbeit, hydro-, elektro-, medikamentöse, Ernährungs-Therapie usw., unter Umständen Hypnose.)

5. Gegen das Vorgehen jener Autoren, die in nichtwissenschaftlichen Organen bei der Laienwelt, die nicht in der Lage ist, nachzuprüfen, für eine Behandlungsmethode Propaganda machen, die bestenfalls unbewiesen und von vielen Seiten völlig abgelehnt ist, muß nachdrücklich Verwahrung eingelegt werden.

Anmerkung bei der Korrektur:

Ich folge dem entsprechenden Hinweis verschiedener Kollegen (Bing u. a.) aus der Schweiz, indem ich den Ausdruck „Schweizer Schule" dahin umgrenze, daß ich damit natürlich nur die — meist in Zürich wirkenden — Anhänger Freuds meine. Der Referent.

Mitteilungen.

— **Zur Frage der Gutachtenhonorare**. In Nr. 46 der „Psych.-Neurol. Wochenschrift" steht auf Seite 404: in Sachsen würden für Gutachten 6 bis 45 M. vergütet. Das trifft nicht mehr zu. Seit 1900 bereits gelten folgende Sätze:

Für die Untersuchung einer Person, betreffs deren Geisteszustandes 6 bis 30 M. Für das Gutachten hierüber a) zum Behufe der Unterbringung in eine Irrenanstalt 6 bis 10 M., b) in anderen Polizeifällen 3 bis 10 M., c) zu gerichtlichen Zwecken in zivil- oder kriminalrechtlichen Fällen 10 bis 100 M.

Über die Höchstsätze kann ausnahmsweise in solchen Fällen hinweggegangen werden, in welchen die zu der fraglichen Verrichtung stattgehabten Leistungen einen so außergewöhnlichen Aufwand an Zeit, Mühe und Fleiß erforderten, daß derselbe mit den höchsten Sätzen der Gebührenordnung nicht genügend vergütet sein würde. Dr. G. Ilberg.

Personalnachrichten.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.** Die Herren Joseph Julius Prager und Carl August Wilhelm Degener sind am 2. Januar bezw. 1. Februar d. J. hier als Medizinalpraktikanten eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.



EPILEPSIE

erfolgreichste Behandlung mit

Pulvis antiepilepticus Dr. Weil.

Seit 10 Jahren bewährtes Haemoglobinbromeisenpräparat dosiert. Die Einzeldosen entsprechen den von ersten Autoritäten u. a. Prof. A. Forel vorgeschriebenen Bromgaben. Frei von üblen Nachwirkungen.

Probesendung und Literatur kostenlos durch die

Schwanen-Apotheke Frankfurt a. M.



Speisetransporteimer Ideal.

W. J. Schmitz, Iserlohn 20

Aluminium-Industrie.

Spezialität:

Speisetransport- :: geschirre ::

in allen Größen und Formen aus reinem Aluminium.

Lieferant von mehr wie 1000 Anstalten. Offerten und Kataloge gratis und franko. Muster bereitwilligst.

Wir ersuchen unsere Leser, bei Bestellungen in erster Linie die Inserenten unserer Zeitung berücksichtigen zu wollen.

Hartglasplatten zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,

sowie für **Beobachtungsfenster**

infolge ihrer grossen Widerstandsfähigkeit **unbedingt zuverlässig,**

bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche, liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

An der **Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen** ist eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Gehalt 2000 bis 2500 Mark, steigend jährlich um 250 Mark, neben freier Station I. Klasse. Nach dreijähriger Dienstzeit, der Regel nach, Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt, mit einem Gehalte von 3300—6000 M., neben freier Dienstwohnung oder dem tarifmäßigen Wohnungsgeldzuschusse. Anrechnung auswärtiger Dienstzeit kann erfolgen.

Auch eine **Praktikantenstelle** kann auf 6 Monate besetzt werden und wird freie Station I. Klasse, sowie 100 M. monatlich gewährt.

Bewerbungen, denen ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder in beglaubigter Abschrift, sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

Sanitätsrat Dr. **Kayser.**

Assistenzarzt gesucht.

Bei der **städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.** ist eine **Assistenzarztstelle** zu besetzen.

Gehalt im 1. Jahre 1680 M., im 2. Jahre 1980 M. bei freier Station. Meldungen unter Beifügung von Zeugnissen an die Direktion erbeten.

An der Irrenpflegeanstalt **St. Thomas** zu **Andernach** am Rhein soll die Stelle eines

Abteilungsarztes

(III. Arzt) besetzt werden. Anfangsgehalt 3000 M. bei freier Station I. Klasse; Pensionsberechtigung und Familienwohnung demnächst vorgesehen, vierteljährige Kündigung. Psychiatrische Vorbildung erforderlich. Meldungen an die Direktion der Anstalt.

Verzeichnis der in unserem Verlage erschienenen Werke steht den geschätzten Lesern unseres Blattes franko und gratis zur Verfügung.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 51. 12. März **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Über Aufnahmestationen für Psychisch-Kranke. Von Oberarzt Dr. Linke, Lüben in Schlesien. (S. 447). — Zur Frage: weibliches Pflegepersonal bei männlichen Geisteskranken. Von Dr. J. van Deventer, S. z. Staatsinspekteur der Irrenfürsorge und Irrenanstalten in den Niederlanden. (S. 449.) — Zur Frage der Pensionsberechtigung. (S. 450). — Ein Wort über die Anstaltsbibliothek. (S. 451.) — Mitteilungen (S. 452): Wie kann der Arzt die Wassermannsche Reaktion ohne Vorkenntnisse leicht vornehmen? Ärztegehälter an der Heil- und Pflegeanstalt der Stadt Dresden. — Personalnachrichten. (S. 453.)

Über Aufnahmestationen für Psychisch-Kranke.

Von Oberarzt Dr. *Linke*, Lüben in Schlesien.

Ein Blick auf den Grundriß einer in den letzten Jahren neu erbauten Aufnahmestation einer öffentlichen Irrenanstalt zeigt uns als Zentrum der Anlage stets den Wachraum, vielleicht auch zwei oder drei miteinander verbundene Wachräume. Diese stellen kleine Säle dar, in denen die Kranken zu sechs, acht, mitunter auch zu zehn, zwölf und mehr gemeinsam untergebracht sind. Um diese Wachsäle herum liegen dann — von den Modifikationen in der Gruppierung sehe ich ab — die nötigen Nebenräume: Tagesraum, ärztliches Untersuchungszimmer, Bad, Spülküche, Klosetts. Hier und da finden wir noch, teils von den Wachsälen aus direkt zugänglich, teils durch offene oder geschlossene Korridore mit ihnen verbunden, einige Einzelzimmer; doch ist deren Zahl im Verhältnis zu den in den Sälen vorhandenen Plätzen durchweg recht gering.

Sind nun mit diesem Typus der Aufnahmestationen, wie er sich allmählich herausgebildet hat, die für die Behandlung frischer Psychosen zweckmäßigen Räume in ausreichender Zahl wirklich geschaffen? Ich möchte die Frage verneinen. Ich halte unsere Aufnahmestationen noch heute für einen Kompromiß zwischen unseren Wünschen und den zu Gebote stehenden Mitteln.

Es gab eine Zeit, und die liegt gar nicht so weit hinter uns, da konnte man beim Durchblättern unserer Fachliteratur den Eindruck gewinnen, als sei die Mehrzahl der Irrenärzte fest davon überzeugt, daß der an einer Psychose frisch Erkrankte gar keinen sehnlicheren Wunsch habe, als in einem Saale mit einer größeren Zahl Seinesgleichen zusammenzuliegen. Ich glaube, diese Vorstellung war eine Begleiterscheinung oder mehr noch ein Über-das-Ziel-hinausschießen der Propaganda für zellenlose Behandlung. Der Zelle sprach man mit einem Mal jeden therapeutischen Wert ab, Einzelzimmer waren in größerer Zahl, in richtiger Lage und Ausstattung nicht vorhanden: folglich waren die Säle das einzig Wahre.

In seinem Buche „Aus kranken Tagen", in dem uns der badische Schriftsteller Pfarrer Hansjakob seinen Aufenthalt in Illenau beschreibt, sagt er an einer Stelle wörtlich: „Draußen vor der Anstalt, am Wege nach Saßbach, wohnt eine Patientin allein mit ihrer Dienerschaft in einer Villa. Das lasse ich mir gefallen, und ich glaube, wenn die Kultur so weit käme in der Sorge für die Geistes- und Gemütskranken, daß jeder, wie die Einsiedler in der Wüste, sein eigenes Häuschen hätte, getrennt vom anderen, würden viele weit eher gesund werden. Denn wer in geistesfreien Stunden des Tages und der Nacht die Unruhigen neben sich schreien und toben hört oder gar im gleichen Saale mit ihnen leben muß, dem gereicht dies sicher nicht zum Heile." — Nun die eigene Villa für jeden Kranken ist freilich dichterische Übertreibung. Man kann außerdem wohl annehmen, daß schon heute in neuen Anstalten die unruhigen Kranken — dazu rechne ich die Epileptiker — so untergebracht werden, daß sie die ruhigen nicht stören. Gleichwohl haben die Worte Hansjakobs ihren berechtigten Kern.

Das Wesentlichste auch für unsere Therapie der Psychosen bleibt immer die Ruhigstellung des erkrankten Organs, mit anderen Worten: das möglichste Fernhalten aller irgendwie schädlichen Reize vom Zentralnervensystem. Das aber können wir in unseren Wachsälen bei weitem nicht in dem Maße erreichen, als wir im Interesse eines ungestörten Heilungsverlaufs wünschen müssen. Auch mit dem besten Personal ist bei einem Zusammenlegen einer größeren



Zahl von Kranken, die zu den verschiedensten Zeiten die verschiedensten Bedürfnisse haben, ein fortwährendes Hinundher in den Sälen gar nicht zu vermeiden. Das Ankommen neuer Kranken bringt neue störende Eindrücke. Hierzu kommen die Störungen, die der Kranke dauernd durch seine Nachbarn erfährt. Wie oft bieten die Worte anderer einem Kranken Anlaß zur Eigenbeziehung und krankhaften Kombination. Wie oft hören wir: „An dem Unglück der anderen bin ich schuld", „die essen nur meinetwegen nicht, die ekeln sich vor mir" und anderes. Ungenügende Nahrungsaufnahme wirkt oft geradezu ansteckend. Gespräche des Arztes mit den Kranken werden nicht selten von den Nachbarn in wahnhafter Weise verarbeitet; dabei setze ich schon voraus, daß für eingehendere Explorationen besondere, bequem gelegene Untersuchungszimmer vorhanden sind. Auch schlechte Manieren der im gleichen Saal liegenden Kranken sind für manchen recht lästig; dabei müssen wir noch bedenken, daß die Zahl der Angehörigen des besseren Mittelstandes in unseren öffentlichen Anstalten immer größer wird.

In den Wachsälen für unruhige Kranke sind die Schädigungen durch gegenseitige Störung gewiß nicht geringer. Von der Unruhe eines einzelnen läßt sich oft die ganze Station anstecken. Bei den chronischen, aussichtslosen Fällen wollen wir das schon mit in den Kauf nehmen, aber für die Heilbaren müssen wir uns die Möglichkeit wünschen, solche Schädigungen auszuschalten.

Der erregte Maniacus findet für sein Geschwätz und seine Tollheiten im Saal viel zu viel dankbares Publikum. Dem Verwirrten mit Hypermetamorphose liefert das Getriebe im Saal viel zu viel neue Eindrücke. Reizbare, erregte Kranke kommen im Saal leicht in Streit, der oft in Prügelei ausartet. Das schlimmste aber sind für viele Kranke die häufigen Störungen der Nachtruhe, die in den Sälen der Stationen für Unruhige gar nicht zu vermeiden sind, trotz der Schlafmittel, die so mancher eigentlich nur „der anderen wegen" bekommt.

Auch die mit der Saalbehandlung unvermeidlich verbundene Uniformierung des Dienstbetriebes muß an sich schädlich wirken. Wenn früh die Glocke zum Aufstehen läutet, ist's aus mit dem Schlaf für alle. Man kann es sich bei der Saalbehandlung sparen, das Personal etwa anzuweisen, daß es den einen oder anderen Kranken länger schlafen lasse, so erwünscht das oft sein möge; der allgemeine Trubel beim Aufstehen der übrigen weckt jeden. Auch am Tage, zumal nach Tisch kommen die Kranken selbst in den Sälen für Ruhige nicht zum Schlafen.

Unsere Aufnahmestationen müssen ganz allgemein mehr den Charakter von Sanatorien annehmen, wenn sie ihren Zweck ausreichend erfüllen sollen. Für sie besonders müssen wir eine ruhige, geschützte Lage verlangen. Außer den Gärten müssen offene, der Wetterseite abgewandte Hallen vorhanden sein, die unseren Kranken den Aufenthalt im Freien zu jeder Jahreszeit ermöglichen. Man lege die Aufnahmestationen nicht an den Eingang, nicht ins Zentrum der Anstalten, sondern an die Peripherie in die Mitte kleiner Parks, die sie vom übrigen Anstaltsgetriebe möglichst abschließen. Der Kranke in unseren Aufnahmestationen soll nicht sehen, wenn neue Kranke kommen, wenn Entlassene gehen. Besucher, Angehörige Verstorbener soll er nicht kommen sehen. So wird man ihm manche Gelegenheit zu Personenverkennung und wahnhaften Deutungen, manche seelische Erregung sparen.

In den Häusern sorge man für möglichste Ruhe. Alle Türen versehe man mit geräuschlosen Schließern. Von schalldämpfenden Belägen auf Treppen und Korridoren muß reichlich Gebrauch gemacht werden. Die Spülküchen lege man so, daß kein Geräusch nach den Krankenräumen dringen kann.

Neben dem nicht zu groß bemessenen Wachsaal, der für einen Teil der frischen Fälle, so für besonders selbstmordsüchtige, immer verwendbar bleiben wird, gebe man uns eine Wachabteilung kleiner Räume, vor allem mit einer größeren Zahl behaglicher Einzelzimmer. Die zweckmäßigste Gruppierung für diese Abteilung zu finden wird Sache des Architekten sein. Es dürfte sich wohl empfehlen, die Zimmer an die eine Seite breiter, heller, heizbarer Korridore zu legen.

Freilich werden die Baukosten für solche Aufnahmestationen sich höher stellen als bisher, auch wird die Pflege und Bewachung der Kranken in ihnen mehr Personal erfordern. Dafür soll man aber bei den Bauten für die chronischen Fälle getrost vom Pavillon-System wieder abgehen. Was dann so an Bau-Kosten und an Personal sich sparen läßt, kann den Aufnahmestationen zugute kommen. Wir wollen auch nicht vergessen, daß die mehr und mehr sich ausdehnende Familienpflege eine Verbilligung darstellt. Der therapeutische Apparat, den heute die somatische Medizin in Kliniken und Krankenhäusern aufwendet, ist imponierend. Man wende nicht ein: auch dort liegen die Kranken in Sälen. Ein Beinbruch, eine Lungenentzündung wird auch bei Saalbehandlung heilen, die Mehrzahl der frischen Psychosen aber verträgt sie nicht. Einer der wesentlichsten thera-

peutischen Faktoren für unsere Zwecke ist gerade der kleine Raum.

Mit dem übrigen therapeutischen Rüstzeug in der Psychiatrie ist es ja leider schlecht bestellt. Werden doch sogar die Dauerbäder, zuletzt unsere größte Hoffnung, wenigstens nach ihren „therapeutischen" Leistungen heute schon geringer bewertet. Um so mehr haben wir Anlaß, zum besten unserer Kranken zu wünschen, was wir als therapeutisch wertvoll und notwendig erkannt haben.

Zur Frage: weibliches Pflegepersonal bei männlichen Geisteskranken.

Von Dr. *J. van Deventer*, S. z., Staatsinspekteur der Irrenfürsorge und Irrenanstalten in den Niederlanden.

Mit lebhaftem Interesse habe ich die in der „Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift" Nr. 41, vom 1. Januar 1910, unter der Aufschrift: „Über die Pflege bei männlichen Geisteskranken" erschienenen Mitteilungen des Herrn Dr. Albert Behr gelesen.

Aus Anlaß der von mir während meiner 25jährigen Praxis als dirigierender Arzt des Krankenhauses „Buitengasthuis" oder „Wilhelmina-Gasthuis" in Amsterdam und der Geisteskranken-Anstalt „Meerenberg" in Bloemendaal, später als Inspektor der Staatskontrolle über die Geisteskranken und Geisteskranken-Anstalten in den Niederlanden gemachten Erfahrungen erlaube ich mir, einige Bemerkungen in bezug auf gedachte Mitteilungen zu machen.

Gerade weil Herr Dr. Behr durch persönliche Erfahrungen zu dem Schlusse gelangt ist, der im großen Ganzen mit dem Ergebnis meiner Erfahrungen übereinstimmt, scheint es mir nicht unwichtig, auf einen Punkt die Aufmerksamkeit zu lenken, über den wir ganz verschiedener Meinung sind.

Der Meinung des Herrn Dr. Behr entgegen hege ich die volle Überzeugung, daß für die Pflege männlicher Geisteskranken gerade die gebildete Frau am besten geeignet ist, und darin stimmt meine Frau, die mir in meinem Tätigkeitskreise stets zur Seite stand, vollkommen bei.

Ob und wiefern nun diese Meinungsverschiedenheit mit dem Nationalitätsunterschied zusammenhängt, ist eine Frage, welche zu entscheiden ich mich nicht für berechtigt halte. Inzwischen darf nicht unerwähnt bleiben, daß mehrere niederländische Psychiater sich im gleichen Sinne als Herr Dr. Behr ausgelassen haben. Es lasse die Frau höherer Bildung sich nicht so leicht leiten, sie könne sich nicht so recht fügen in die Verhältnisse im Geisteskrankenhause. Meine persönlichen Erfahrungen aber haben mich das Gegenteil gelehrt: gerade die wirklich gebildete Frau weiß in der großen Anstaltswirtschaft die richtige Stellung zu finden und zu behaupten.

Die Psychiater sind allgemein der Ansicht, daß in einer Geisteskranken-Anstalt Leitungseinheit ein Haupterfordernis ist. Der natürlichste Weg zur Förderung derselben ist die Rekrutierung der Ober-Pflegerinnen aus dem bestehenden, und zwar vorzugsweise dem vom Anfange an in der Anstalt geschulten Pflegepersonal. In den von mir genannten Anstalten wurde seit deren Reorganisation dieses System stets befolgt. Die Leitung der Pflege wurde in den verschiedenen Abteilungen ausschließlich Frauen aus dem Pflegepersonal übertragen.

Die gebildete Frau versteht es, den guten Ton zu fördern und dafür zu sorgen, daß, unter der Leitung des medizinischen Personals, das Verhältnis zwischen dem männlichen und dem weiblichen Pflegepersonal — mit eine Sache von großer Wichtigkeit — immer korrekt bleibt. Hilfe männlichen Personals ist doch unentbehrlich, z. B. beim Baden der männlichen Patienten, bei Manipulationen in der Schamgegend, usw.

Zur Förderung der Möglichkeit, daß die Pfleger sich gerade so gut nützlich machen können wie die Pflegerinnen, ist es wünschenswert, die Pfleger mit der Leitung der Arbeit der Patienten zu beauftragen. Im Hinblick hierauf empfiehlt es sich, ausschließlich Sollizitanten, die ein Fach verstehen, als Pfleger anzustellen. Bei diesem System können die Pfleger, weil auch Fachleute, für die Besetzung besserer Stellen in Betracht kommen. Richtet man die Wohnungen für die verheirateten Pfleger so ein, daß sie für die Pflege der Patienten in der Familie geeignet sind, dann fördert man dadurch sowohl die Interessen der Patienten als die materiellen Interessen der Pfleger. Es kann nicht eindringlich genug betont werden, daß nicht jede Pflegerin geeignet ist für die Pflege männlicher Patienten. Vorsichtig wählen ist von größter Wichtigkeit; auch deshalb halte ich es für ganz besonders wünschenswert, daß dem dirigierenden Arzt in seinem Tätigkeitskreise eine gebildete Frau, eine „Adjunkt-Direktorin"*) zur Seite steht. Wie

*) Ist vom Herrn Autor wohl nicht in der wörtlichen Bedeutung dieses Ausdrucks gemeint. Red.



es behufs gehöriger Wahrung der Familieninteressen nötig ist, daß der Mann und die Frau sich ergänzen, so müssen in einer Geisteskranken-Anstalt, soll da alles nach Wunsch und Erfordernis gehen, der dirigierende Arzt und die Adjunkt-Direktorin ebenfalls sich ergänzen.

Bei richtiger Auswahl der Pflegerinnen und guter Leitung kommen, nach den Erfahrungen, die wir gemacht haben, sexuelle Angriffe gar nicht vor. Natürlich aber ist eine fortwährende, sachverständige, lebende Kontrolle eine Notwendigkeit. Gewissenhaft muß die Pflegerin stets die Hausordnung befolgen; sie soll immer im Pflegerinnenanzug erscheinen, ohne Putz.

Seit der Vollendung der Reorganisation im „Buitengasthuis" und in „Meerenberg" fand in beiden Anstalten Zwangsnährung nicht mehr statt. Es ist dieser Erfolg doch gewiß ein sehr günstiger, besonders in Anbetracht des Umstandes, daß die Geisteskranken-Abteilung des „Buitengasthuis" ein „Passantenhaus" ist für die Geisteskranken einer Großstadt, und daß in „Meerenberg" nicht weniger als 1374 Patienten verpflegt werden.

Zur Frage der Pensionsberechtigung

schreibt ein älterer Anstaltskollege:

Der Artikel in Nr. 5 der „Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift", welcher von dem Übergang praktischer Ärzte in den Anstaltsdienst handelt, legt es nahe, die für eine große Zahl der Anstaltsärzte viel wichtigere Frage des Übergangs aus der Anstaltskarriere in die Praxis zur Diskussion zu stellen. Zu einer Übernahme von praktischen Ärzten in den Anstaltsdienst wird man ja von vornherein nur im Notfall greifen, und es ist ein Zeichen der mangelhaften Zugkraft unserer Karriere, wenn dieser Notfall jetzt häufiger eintritt. Gewiß ist es wünschenswert, daß die Assistenzärzte bei ihrem Eintritt in die Anstalt über einige praktische Erfahrung verfügen; aber schon jetzt ist es wohl meistens so, daß kein unmittelbarer Übergang von der Universität zur Anstalt stattfindet, sondern daß sich eine ein- oder mehrjährige Tätigkeit als Assistent in der Praxis oder im Krankenhaus, als Vertreter, Schiffsarzt u. dergl. dazwischenschiebt. Auch Ärzte, die zwei, höchstens drei Jahre Allgemeinpraxis ausgeübt haben, wird man in den Anstaltsdienst übernehmen können. Über die drei Jahre hinauszugehen widerrät sich dagegen meines Erachtens durchaus. Der Unterschied von Jahren ärztlicher Tätigkeit und Dienstalter wird dann nur zu leicht zu Überhebung gegenüber den dienstjüngeren und zu mangelhafter Nachordnung gegen den dienstälteren Kollegen der Anstalt führen und das kollegiale Verhältnis wird darunter leiden. Persönliche Liebenswürdigkeit und verträgliches Wesen kann da wohl einen Ausgleich schaffen; wo aber zu dem aus der Praxis herübergenommenen Selbständigkeitsgefühl etwa noch ein persönlich hochfahrendes Wesen hinzukommt, läßt es sich nicht vermeiden, daß sich im Ärztekollegium ein Gegensatz ausbildet und je nach den Charakteren mehr oder weniger heftigen Ausdruck findet. Zweifellos muß es dem älteren praktischen Arzt auch schwer fallen, seine Selbständigkeit aufzugeben, und sich bewußt zu werden, daß der Anstaltsarzt nicht nur Arzt, sondern auch ordnender und kontrollierender Beamter ist, daß seine Tätigkeit ganz der Anstalt gehört und der Dienst allem andern vorgeht. Darüber ließe sich noch manches sagen, doch würde dies vom eigentlichen Gegenstand zu weit abführen. Es handelt sich hier um die Frage des Verlustes der Pensionsberechtigung beim Ausscheiden aus dem Anstaltsdienst, bezw. um die Berechtigung und Notwendigkeit einer Entschädigung für denselben. Die Gründe, welche den Anstaltsarzt im pensionsfähigen Alter veranlassen, den Anstaltsdienst aufzugeben, können hier unerörtert bleiben. Es besteht ja wohl kein Zweifel darüber, daß ein Bedürfnis und häufig genug ein Zwang der Verhältnisse, besonders da, wo es sich um das Avancement handelt, vielen das Ausscheiden wünschenswert erscheinen läßt, und daß unter denen, welche tatsächlich ausscheiden, sich oft die tüchtigsten Kräfte befinden. Die Ausgeschiedenen verlieren nicht nur ein sicheres Einkommen, sind nicht nur gezwungen, sich eine neue Existenz zu gründen, nachdem sie in langjähriger Tätigkeit in der Anstalt vielleicht manche dazu nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten eingebüßt haben, sie verlieren dazu auch das Recht, wenn Alter oder Krankheit ihnen den Verdienst rauben, durch eine Pension vor dem Schlimmsten bewahrt zu werden. Gleichwohl haben sie meines Erachtens einen moralischen Anspruch auf die Pension. Denn diese stellt keine unverdiente Vergünstigung für die Beamten dar, sondern bildet gewissermaßen eine Vergütung für Benachteiligungen und entgangene Vorteile. Als solche sind vor allem die Begrenztheit und die besonders in den ganzen ersten Jahren geringe Höhe des Ein-



kommens zu betrachten. Es ist noch nicht allzulange her, da der Irrenarzt seine Laufbahn als Volontär mit einem Gehalt von 900 M. anfing, um vielleicht nach sechsjährigem Dienst glücklich bei 2400 bis 3000 M. anzulangen. Wenn man will, kann man sagen, daß die Pensionseinrichtung eine Art Alters- und Invalidenversicherung des Beamten darstellt in der Weise, daß von dem Gehalt desselben, namentlich in den ersten Jahren, ein Teil zurückgehalten und im Alter bezw. bei Invalidität durch Krankheit als Rente (Pension) wieder verabreicht wird. Neben den pekuniären Nachteilen stehen andere: der Verzicht auf Unabhängigkeit und selbständiges Handeln, Beschränkungen in politischer und konfessioneller Hinsicht etc. Für den Anstaltsbeamten kommen noch besondere Nachteile hinzu durch die einsame Lage der Anstalten bei oft jämmerlichen kleinen Orten, ohne Zerstreuung und geistige Anregung, durch die Notwendigkeit in der Anstalt zu wohnen, unter den Kranken in mitunter mangelhaften Wohnungen u. a. m. Für alle diese Nachteile bildet die Pension die Gegenleistung, und wenn ein Irrenarzt in pensionsfähigem Alter, also nach mindestens zehnjähriger Dienstzeit aus dem Anstaltsdienst ausscheidet, hat er durch die übernommenen Nachteile bezw. durch die gewissermaßen vom Gehalt abgezogenen Summen einen Anspruch auf diese Gegenleistung erworben. Diesem Anspruch müßte man durch Zahlung einer Entschädigungssumme gerecht werden.

Eine derartige Regelung*) hat gewiß ihre Schwierigkeiten; insbesondere wird man die Regelung für die Irrenärzte vielleicht nicht getrennt von den anderen Anstaltsbeamten vornehmen können, vielleicht überhaupt nicht ohne gleichzeitige Regelung für die gesamte Beamtenschaft. Immerhin kann man für die Irrenärzte geltend machen, daß für sie nach dem Austritt aus dem Anstaltsdienst die Gründung einer neuen Existenz ganz besonders schwierig ist, und sie deshalb einer pekuniären Beihülfe sehr bedürfen. Auf jeden Fall bedarf die Frage einer gründlichen Erörterung und nachhaltigen Förderung besonders auch durch die unsere Interessen vertretenden Körperschaften. Dem Einwand, daß für diese kein Interesse vorliege, den Austritt aus dem Anstaltsdienst zu begünstigen, möchte ich die Ansicht entgegenstellen, daß andererseits manchem der Eintritt in den Anstaltsdienst leichter fallen würde, wenn er die Gewißheit hätte, ohne größten Nachteil wieder ausscheiden zu können, wenn die Umstände es erfordern, daß es ferner nicht im Interesse der Anstalten liegt, ihre Ärzte festzuhalten, nachdem sie die Freude und Lust an der Anstaltstätigkeit verloren haben.

*) Ein ähnlicher Vorschlag wurde in ds. Zeitschr., Bd. VII, p. 399, bereits von Direktor Dr. Alt (Uchtspringe) gemacht. Vgl. auch Bd. X., p. 243. Red.

Ein Wort über die Anstaltsbibliothek.

Betrachtet man die Zahl der psychiatrischen Zeitschriften in den verschiedenen Ländern, so ergibt sich, daß Deutschland dabei nicht nur an der Spitze steht, sondern weit voraus ist. Weiter unten gebe ich eine Zusammenstellung deutscher psychiatrischer Zeitschriften, die aber noch nicht vollständig ist. Nach Deutschland kommen Frankreich und Italien. Unsere so reiche psychiatrische Zeitschriftenliteratur legt ein beredtes Zeugnis ab von der regen wissenschaftlichen Tätigkeit der deutschen Psychiater.

Unsere deutschen psychiatrischen Zeitschriften haben in der Tat schon vor einigen Jahren eine Zahl und Vollständigkeit erreicht, daß nichts mehr zu wünschen bleibt. Gleichwohl tauchen immer wieder Versuche auf, neue Organe zu begründen oder bei bestehenden Organen so umfassende Erweiterungen vorzunehmen, daß sie Neugründungen gleichkommen. Bei solchen Versuchen hat die Psychiatrie eine Zersplitterung der Literatur zu befürchten. Es drängt sich außerdem auch das Bedürfnis auf, doch einmal vom rechnerischen Standpunkt der Anstaltsbibliotheken Stellung zu nehmen.

Da ergibt sich für eine einigermaßen auf der Höhe stehende Anstaltsbibliothek folgendes Bild.

	Jahrg. bezw. Band.	
Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie . .	30	M.
Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift	16	„
Archiv für Psychiatrie	c. 41	„
Monatsschrift für Psychiatrie	38	„
Sommers Klinik für psychische und nervöse Krankheiten	12	„
Ergänzungsheft dazu	c. 12	„
Mendels Zentralblatt	28	„
Mendels Jahresbericht	40	„
Zentralblatt Gaupps	24	„
Hoches Abhandlungen	8	„
Juristisch-psychiatrische Grenzfragen . . .	8	„
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde .	24?	„
Wiener Jahrbücher für Psychiatrie	24?	„
Irrenpflege	6	„
Zwei allgemeine mediz. Wochenschriften .	c. 50	„
Zeitschriften für gerichtliche Medizin, Hygiene, Kriminalanthropologie etc.	c. 100	„
Zeitschriften f. Heilpädagogik, Psychologie etc.	c. 50	„
Summa rund	500	M.

Der Jahrg. 1909 des „Neurolog. Zentralblatts", der 1358 S. umfaßt, kostet 28 M., der Jahrg. 1909 des „Zentralblatts f. Nervenheilk. u. Psychiatrie" mit 954 (mit Register 973) S. 24 M., der Jahrgang 1909 der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie"

einschließlich „Literaturbericht" mit 1413 Seiten 30 M., der Band 49 des „Archivs für Psychiatrie" mit 1256 Seiten und sehr zahlreichen Tafeln 41 M., der Jahrgang 1909 der „Monatsschrift für Psychiatrie" mit 1162 Seiten 38 M., mit 2 Ergänzungsheften à 471 und 416 Seiten und 14 und 12 M., d. i. 887 Seiten 26 M., also 2049 Seiten 64 M., ebenfalls bei sehr zahlreichen Tafeln. Selbst die beiden letztgenannten Organe sind, weil fast in jedem Heft umfangreiche und kostbare Tafeln enthaltend, noch relativ billig.

Also rund **500 M.** für die notwendigsten **Zeitschriften** der wissenschaftlichen Anstaltsbibliothek! Dazu kommen Ausgaben für Zeitschriften, die im technischen Betrieb der Anstalt recht nötig sind (Elektrotechnik, Bauwesen, Nahrungsmitteluntersuchungen, Landwirtschaft etc. etc.). Und wo bleiben Tageszeitungen, Unterhaltungslektüre für die Kranken und event. Buchbinderrechnung! Wenn eine Anstalt nun wirklich über einen Etat von 1000 M. für die wissenschaftliche Bibliothek verfügt — das sind aber nur sehr vereinzelte Anstalten und man kann es den Behörden nicht verargen, wenn sie nicht über 600 bis 800 M. hinausgehen —, dann bleibt herzlich wenig für die nicht minder wichtige Anschaffung von Handbüchern, Enzyklopädien, Monographien des Spezialfachs und der allgemeinen Medizin. Es ist nicht zu verwundern, daß es in letzter Zeit wiederholt vorgekommen ist, daß nicht nur jüngere Kollegen und Anfänger, sondern selbst Autoritäten unseres Faches recht erhebliche materielle Opfer bringen mußten für die Drucklegung von Monographien anerkannt hohen wissenschaftlichen Werts. Warum? weil gerade die Zeitschriften so viel von den Bibliotheksmitteln schlucken und die Anstalten solche wissenschaftlichen Werke durch Ankauf nicht genügend unterstützen können. Wenn wir nun manchmal über ein und dieselbe Originalarbeit oder dasselbe Buch drei- bis viermal, d. h. in drei bis vier Zeitschriften ein Referat lesen, so kann man sich vom Standpunkt des Bibliotheksbudgets der Erkenntnis nicht verschließen, daß die Anstaltsbibliotheken eine weitere Inanspruchnahme durch Zeitschriftenliteratur nicht ertragen können, um so weniger als mit den bestehenden Organen Befriedigendes geleistet wird (es sei u. a. an den vortrefflichen, von Mendel begründeten Jahresbericht erinnert), und daß durch richtige Organisation und Ausbau noch Vollkommeneres — denn auch wir sind für den Fortschritt — auf der bestehenden Grundlage erzielt werden kann. Man verzichtet doch auch nicht gern auf Zeitschriften, die auf einen längeren Bestand zurückblicken, um dagegen neue einzutauschen, die sich erst zu bewähren haben.

Dr. Bresler.

Mitteilungen.

— **Wie kann der Arzt die Wassermannsche Reaktion ohne Vorkenntnisse leicht vornehmen?** Unter diesem Titel veröffentlicht Prof. E. v. Dungern aus dem Krebsinstitut der Universität Heidelberg (Direktor: Wirkl. Geheimrat Exzell. Czerny) in der „Münch. med. Wochenschrift" vom 8. März d. Js. einen hochinteressanten Vortrag, dem wir folgendes entnehmen. Er hat die Firma E. Merck (Darmstadt) veranlaßt, die zur Wassermannschen Reaktion notwendigen Reagentien bereits austitriert in den Handel zu bringen; der Preis wird so festgesetzt, daß jede Reaktion auf ca. 70 Pf. zu stehen kommt, wenn die Reagentien beim Drogisten gekauft werden (in der Apotheke ca. 1 M.). Die zur Reaktion nötige Titrierung ist schon vorgenommen, so daß der Arzt mit ganz einfachen Manipulationen auskommt. Die Vornahme der Reaktion, die eine weitere Vereinfachung der von Noguchi angegebenen darstellt, gestaltet sich wie folgt:

„Man füllt zwei Reagenzgläser mit je 2 ccm physiologischer Kochsalzlösung ein. In das eine Röhrchen kommt außerdem ein Tropfen alkoholischer Organextrakt. Man bringt dann in jedes Röhrchen ein mit einer bestimmten Menge Meerschweinchenserum getränktes Komplementpapier. Dem Patienten wird nun aus der Fingerbeere etwas Blut entnommen und in einem Uhrschälchen mit einem Streichholz defibriniert. Von diesem Blut wird dann 0,1 ccm in die Flüssigkeit gebracht. Nachdem man gut geschüttelt hat, läßt man die Mischung eine Stunde stehen. Nach dieser Zeit wird in jedes Reagenzglas eine bestimmte Menge Immunserum hinzugefügt. Schon nach wenigen Minuten beginnt das Resultat sich zu zeigen. Handelt es sich um ein syphilitisches Serum, so tritt in dem einen Röhrchen, welches den Organextrakt enthält, eine sehr starke Agglutination ein, während die Blutkörperchen in dem anderen Röhrchen suspendiert bleiben. Nach kurzer Zeit erfolgt in der Kontrolle Lösung. Wenn die Reaktion negativ ist, so geschieht dasselbe auch in dem mit Organextrakt versetzten Reagenzglas. Ist sie dagegen positiv, so bleibt die Flüssigkeit in diesem Röhrchen hell und die Blutkörperchen sind ungelöst als kompakte Masse auf dem Boden des Glases zu erkennen. (Demonstration.)

Das ist die ganze Reaktion. Weitere Kontrollen sind unnötig."

Nach Parallelversuchen, die Noguchi an über 200 Fällen vorgenommen hat, leistete die neue Methode noch mehr als die alte. „Es ist nicht zu befürchten, daß normales Serum positive Reaktion geben kann. Eher könnte es vorkommen, daß ein bei gewöhnlicher Methode schwach positives Serum ein negatives Resultat ergibt. Unsere bisherigen Resultate stimmten jedoch mit den Ergebnissen der Wassermannschen Reaktion stets überein."

— **Ärztegehälter an der Heil- und Pflegeanstalt der Stadt Dresden.** Der Rat beschloß vom 1. April d. J. ab bei der Heil- und Pflegeanstalt eine weitere (7.) Hilfsarztstelle zu begründen und die Gehälter der Hilfsarztstellen auf 2850 bis 3250 M. mit einjährigen Aufrückefristen von je 200 M. einschließlich der Naturalbezüge von 1050 M. zu bemessen. Die Hilfsärzte können nach einjährigem Bezug des Höchstgehaltes und mindestens zweijähriger Tätigkeit im städtischen Dienste in eine der sieben neubegründeten pensionsberechtigten Anstaltsarztstellen mit 4300 bis 6400 M. Gehalt (Gruppe 7 Abt. I des Besoldungsplanes) einschließlich 1050 M. Naturalbezüge einrücken, bei deren Besetzung eine gleichgroße Anzahl Hilfsarztstellen unbesetzt zu bleiben hat. Der

erforderliche Mehraufwand von 2445 M. 84 Pf. wird im Haushaltplan für 1910 eingestellt.

Die vom Deutschen Verein für Psychiatrie geforderten Gehaltsbezüge dürften danach auch in Dresden ziemlich erreicht sein.

Die Dresdener Anstalt ist in drei Abteilungen eingeteilt, die je einem Oberarzte (Geheimrat Dr. Ganser, Sanitätsrat Dr. Hecker, Dr. Nitsche) unterstehen. Jedem dieser Oberärzte ist ein Anstaltsarzt als Stellvertreter beigegeben. Außerdem sind sieben Hilfsärzte an der Anstalt tätig. [Unter den 1050 Mark Naturalbezüge sind zu verstehen: Wohnung (zwei Zimmer), Verpflegung, Heizung, Beleuchtung, Wäschereinigung, Bedienung.]

Personalnachrichten.

— **Bayreuth.** Dem Direktor der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt zu Bayreuth, Kgl. Med.-Rat Dr. Karl Kraussold, welcher in den Ruhestand tritt, wurde in Anerkennung seiner Dienstleistung der Verdienstorden vom Heiligen Michael 4. Klasse verliehen.

— **Berlin.** Dem Priv.-Doz. der Neurologie Dr. P. Schuster wurde der Professortitel verliehen.

— **Schwetz.** Dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt San.-Rat Dr. Schauen wurde der Rote Adler-Orden IV. Kl. verliehen.

Leipzig. Am 12. Febr. ist in Leipzig der bekannte Neurologe Prof. Dr. Franz Windscheid, Chefarzt der Unfallnervenklinik Hermannhaus in Stötteritz, 47 Jahre alt einem schweren Darmleiden erlegen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 52. 19. März **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Was kann man heute unter arteriosklerotischen Psychosen verstehen? Nach dem anf dem internationalen med. Kongreß zu Budapest, 1909, erstatteten Referat. Von Direktor Dr. Gustav v. Oláh (Budapest). (S. 455.) — Der wissenschaftliche Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten. (S. 457.) — Mitteilungen (S. 459): Prag. Württemberg. Berlin. München. Grobe Ausschreitungen römischer Irrenwärter. — Referate (S. 459).

Was kann man heute unter arteriosklerotischen Psychosen verstehen?

Nach dem auf dem internationalen med. Kongreß zu Budapest, 1909, erstatteten Referat.

Von Direktor Dr. *Gustav v. Oláh* (Budapest).

In den letzten Jahren begegnen wir in den Jahresberichten vieler Anstalten immer häufiger einer neuen Rubrik: Psychosen auf arteriosklerotischer Grundlage, auch kurzweg Psychosis arteriosclerotica. Es ist an der Zeit, diesem Begriff näher zu treten und ins Reine zu bringen, was darunter zu verstehen sei; ist es ein Sammelbegriff für alle jene neuropsychotischen Zustände, die wir bei ausgesprochenen Arteriosklerotikern finden, ist es eine spezifische Erkrankung der feinsten Hirnarterien, oder ist es eine oder sind es mehrere selbständige Psychosen auf arteriosklerotischer Grundlage? Ich möchte gleich im vorhinein bemerken, daß von einer arteriosklerotischen Psychose in dem Sinne, daß sich eine klinische Individualität mit einem spezifischen anatomischen Befund deckt, nicht die Rede sein kann. In Fällen von progressiven Demenzzuständen, die weder der Paralyse noch der senilen Demenz einzureihen sind, ist die arteriosklerotische Störung zumeist nur eine Voraussetzung, in vivo nicht nachweisbar und post mortem nicht in dem Maße und in der Ausbreitung anatomisch begründbar, als es die Bezeichnung „arteriosklerotische Geistesstörung" erheischt.

Einerseits finden wir ähnliche Veränderungen an den Hirnarterien auch bei paralytischen und luetischen Psychosen, andererseits, wenn ein klinischer Symptomenkomplex hier umgrenzt werden kann, sind wir ebensowenig berechtigt, diesen Symptomenkomplex anatomisch zu bezeichnen, als wir nicht veranlaßt sind, statt paralytischer Demenz „Allgemeine, diffuse, chronische Rindendegeneration" zu sagen. Psychiatrie und Gehirnpathologie gehen vorläufig noch ihre eigenen Wege. Selbst bei der, um mich so auszudrücken, „anatomischsten Psychose", der paralytischen Demenz, wurde die Individualität dieses klinischen Riesen, unbekümmert um den anatomischen Befund, aufgestellt und genau umgrenzt. Die anatomischen Veränderungen können die psychotischen Erscheinungen eventuell motivieren, aber ebensowenig veranschaulichen, als ein normaler Hirnbefund die gesunden psychischen Erscheinungen nicht darlegt, weil der anatomische Befund nicht das materielle Substrat der einzelnen Psychosen bildet. Während wir z. B. bei einer Systemerkrankung, indem wir Umfang und Intensität der anatomischen Veränderung beschreiben, inbegriffen zugleich die Diagnose aussprechen, geht dies in Psychiatricis nicht an.

Für uns handelt es sich hier um die Frage: „gibt es unter jenen chronischen Demenzformen, welche zu keiner der bekannten Psychosen eingereiht werden können, eine solche, die im Wesen, im Verlauf und Ausgang eine sich stets wiederholende Typizität aufweist und welche in Zusammenhang (Zusammenhang und nichts weiter) mit gewissen Veränderungen der Gehirnarterien gebracht werden kann, und hat diese Form Anspruch auf klinische Individualität?"

Ich glaube, diese Frage kann man nur bejahen. Es gibt eine progressive Demenz, typisch in ihrem Verlauf, spezifisch und bösartig, von schlechter Prognose, bei welcher sich auch arteriosklerotische Veränderungen finden lassen.

Ich möchte diese Demenzform in Kürze und bloß in Schlagworten fixieren. Die ersten Symptome bilden Ausfallserscheinungen, teils psychogenen Charakters, teils von materieller Färbung, doch auch im

letzteren Fall nur vorübergehend, gleichsam als erste Mahnungen und in ruckweisem Auftreten.

Der Kranke beklagt sich, daß der eine Arm, der eine Fuß „wie gelähmt ist", demonstriert, wie er diese oder jene Bewegung nicht recht ausführen kann. Ab und zu zeigt sich eine Art Sprachstörung, eine Lockerung im Gefüge der motorischen Lautbilder; namentlich nach Alkoholgenuß oder Ermüdung. Der Kranke ist sich nicht ganz sicher über Form und Bedeutung des Wortes, verwechselt hier und da eine Silbe, korrigiert sich und fragt: „so sagt mans wohl?" oder wird bei einem Vortrag von einer Unsicherheit bezüglich der grammatikalischen Richtigkeit des gesprochenen Wortes befallen, stockt und muß abbrechen. Diese Sprachstörungen zeigen denselben psychogenen Charakter, wie ihn Petren als eigenartige Gangstörung zu meiner Überraschung unter dem Namen Dysbasia arteriosclerotica beschrieb, der auf die arteriosklerotische Grundlage als selbstredende Ursache hinwies, aber dennoch die Krankheitsform als Späthysterie auffaßte. Diese Annahme überraschte mich um so mehr, da ich kurz vorher einen Kranken mit arteriosklerotischer Demenz in eine französische Heilanstalt schickte und sein Zustand dort als Hysteria virilis diagnostiziert wurde. Im weiteren Verlauf zeigt sich eine Schädigung der statischen Orientiertheit. Die Kranken machen leicht Fehltritte, setzen sich ungeschickt auf den Rand des Sessels und stürzen etc.

Inzwischen können Jahre relativen Wohlbefindens vergehen, als hätte das Gehirn den Kampf mit der Schädigung mit Erfolg aufgenommen und Wege gefunden, sich den veränderten Verhältnissen anzupassen. Ein in dem höchsten intellektuellen Berufskreis tätiger Forscher errang seine bedeutendsten Erfolge, nachdem er schon sechs Monate in einer Heilanstalt zugebracht und man mit ihm als „Paralytiker" schon längst abgerechnet hatte.

Dann kommen erneuerte Störungen, und zwar psychische Ausfallserscheinungen; die Perzeptions-, Fixations- und Reproduktionsfähigkeit sind abwechselnd oder gleichzeitig gestört. Diese Schädigungen sind lange Zeit hindurch bewußt und durch den Kranken objektivierbar.

Er weist mit weinerlichem Ausdruck auf seine Stirn, macht eine resignierende Handbewegung, als wollte er sagen: „total verblödet". Der Tod erfolgt meist durch eine interkurrierende Krankheit. Ausgang mit Apoplexie habe ich nicht beobachtet, wie denn überhaupt der Zusammenhang mit allgemeiner Arteriosklerose ein ganz eigentümlicher, vager ist. Alle Forscher, die sich mit dieser Form befassen, scheinen die Frage der anatomischen Deutung lieber umgehen zu wollen.

Kraepelin, der übrigens keine klinische Individualität mit bestimmtem Verlauf und Typizität bei der arteriosklerotischen Psychose annimmt, sagt bei Besprechung des anatomischen Befundes: „so kann es sein, daß die Erkrankung der Nervensubstanz durch die Arteriosklerose bedingt wird, oder daß, was mir zunächst wahrscheinlicher dünkt, beide Teilerscheinungen der gleichen Störung sind. Alzheimer sagt: „die arteriosklerotischen Erkrankungen des Gehirns sollen uns zur Warnung dienen, daß wir aus dem anatomischen Befund niemals auf Ausfallserscheinungen, und von diesen nicht auf jene schließen sollen". Andere helfen sich mit der Annahme einer Meïopragie des Gehirns, indem sie voraussetzen, daß das Gehirn, gehirnpathologisch schon schwer erkrankt, seine psychischen Funktionen noch lange Zeit durch eine Art Kompensation ungehindert verrichten kann.

Als ein wichtiges differentialdiagnostisches Moment muß erwähnt werden, daß eine Störung in der Funktion der Pupillen bei der geschilderten Krankheitsform nicht vorkommt.

Ich will mit folgendem schließen. Wiewohl die Benennung arteriosklerotische Psychose ihre Einführung in die Psychiatrie der histologischen Forschung verdankt, sind es nicht die gefundenen histologischen Veränderungen, aus denen wir Schlüsse ziehen könnten auf Wesen und Umfang der geistigen Störung; vielmehr ist es die klinische Beobachtung, welche uns, unbekümmert um den anatomischen Befund, dazu drängt, eine wohlumgrenzte spezifische Demenzform anzunehmen, mit typischem Verlauf, typischen motorischen Störungen, und welche weder mit Lues noch mit allgemeiner Arteriosklerose des Alters einen Zusammenhang zeigt.

Resümierend fasse ich meine Auffassungen in folgenden Punkten zusammen.

I. Aus der physikalisch konstatierbaren Arteriosklerose folgt nicht die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung der feineren Hirnarterien.

II. Auch die Sklerose der Hirnarterien geht nicht immer mit den oben besprochenen Symptomen Hand in Hand, wie überhaupt die gewöhnliche Arterioskl. des vorgerückten Alters zu der geschilderten spezifischen Erkrankung nicht zu disponieren scheint.

III. Es gibt eine nosologisch noch nicht ins Reine gebrachte Involutionspsychose, welche mit Arterioskl. größeren oder geringeren Grades der feineren Gehirnarterien einhergeht, ohne von derselben bedingt zu sein, und Anspruch auf eine klinische Individualität hat.

IV. Die Benennung arteriosklerotische Psychose ist für diese Form keine glücklich gewählte, erstens



weil diese Psychose bei Arteriosklerotikern im gewöhnlichen Sinne nur selten vorkommt, des weiteren. weil dieselben anatomischen Veränderungen auch bei anderen Psychosen zu finden sind, und schließlich weil eine anatomische Benennung den übrigen nichtanatomischen Bezeichnungen nicht gut einzureihen ist, die Einheitlichkeit stört und der klinisch-psychiatrischen Auffassung nicht entspricht.

Der wissenschaftliche Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten.

In Nr. 25, Jahrg. XI der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift hat Bresler in dankenswerter Weise die Anregung zur Aussprache gegeben, wie der wissenschaftliche Betrieb in den Irrenanstalten gefördert werden könnte, bezw. wie das große Krankenmaterial, das den öffentlichen Irrenanstalten zuströmt, in einer die Wissenschaft fördernden Weise ausgenützt werden könnte.

Neun ältere Kollegen haben die Frage nach ihren nicht immer übereinstimmenden Ansichten behandelt und haben durch ihre Äußerungen gewiß dazu beigetragen, die Sache, die Bresler angeregt, zu fördern.

Die Ausführungen des Reg.-Rat Dr. Schlöß, Direktor der n.-ö. Landesanstalten „Am Steinhofe", in Nr. 44, die zum Teil in völliger Verkennung und auch Unkenntnis der tatsächlichen Verhältnisse der Anstalt in Mauer-Öhling niedergeschrieben wurden, bedürfen jedoch einer wesentlichen Korrektur.

Wenn es im angegebenen Artikel Abs. 2 heißt: „Im Jahre 1902 wurde in Niederösterreich die Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling eröffnet. Es wurde in dieser Anstalt für die Anlage und für die Einrichtung eines gehirnanatomischen und eines bakteriologischen Laboratoriums Vorsorge getroffen, die Räume wurden mit den entsprechenden Behelfen versehen, ein Röntgeninstrumentarium wurde eingestellt, ein photographisches Atelier eingerichtet", so ist das richtig insofern, als die genannten Einrichtungen vorhanden waren, daß sie aber nicht durchwegs mit „entsprechenden Behelfen versehen" waren, beweist der Umstand, daß die Einrichtungen über Anregung und Bitten der Ärzte der „jüngeren Generation" vielfach mit nicht geringen Kosten erst eine „entsprechende" Änderung erfahren mußten, um in denselben wissenschaftlichen Arbeiten obliegen zu können. Wenn aber die Direktion der Landesanstalt Mauer-Öhling die Mittel um zweckentsprechende Änderung von der Landesverwaltung mit Erfolg ansprechen konnte, mußte auch das Bedürfnis vorhanden sein, die Mittel in entsprechender Weise auszunützen. Es muß aber dem Schreiber des zitierten Artikels wahrlich ein Irrtum unterlaufen sein, wenn er den Ärzten der „jüngeren Generation" die Arbeitslust und den Arbeitswillen abspricht.

Zum Vergleiche mit den jetzigen Verhältnissen wird am angegebenen Orte „jener Zeit" gedacht, „in welcher aus dem primitiv eingerichteten Laboratorium der ehemaligen Landes-Irrenanstalt in Wien hervorragende wissenschaftliche Arbeiten hervorgegangen sind."

Wir Ärzte der „jüngeren Generation" gestehen offen, daß wir „die damaligen jungen Ärzte" beneiden, welchen, wie es heißt, „das Streben zu wissenschaftlicher Arbeit innewohnte, obwohl sie nur höchst bescheidene Behelfe zur Verfügung hatten." Wir beneiden sie um die schönen Zeiten; verfügten sie ja über so viele freie Zeit zu wissenschaftlichen Arbeiten, wenn sie es nicht vorzogen, dieselbe durch Privatpraxis auszufüllen. Dazu hatten sie im gleichen Gebäude, wo sie wohnten, wo sie ihren ärztlichen Dienst zu versehen hatten, ein wenn auch primitives, doch entsprechendes, nach ihren eigenen Wünschen eingerichtetes Laboratorium.

Dazu waren die „damaligen Ärzte" in stetem Verkehr mit den Klinikern. Sie erhielten sicherlich manche Anregung von dieser Seite, dazu kam wegen der Nähe der Universitätskliniken der gewiß nicht gering anzuschlagende Umstand, daß für alle Fälle Konsiliarien zur Verfügung standen, deren Untersuchungsergebnisse mit der eigenen Arbeit verwertet werden konnten oder sie doch wesentlich förderten.

Im Gegensatze dazu muß man die heutigen Verhältnisse in Betracht ziehen, wenn man ein gerechtes Urteil über die Arbeitslust und Arbeitsleistungen der „jüngeren Generation" fällen will und wenn man offenen Auges den Weg finden will, den Bresler mit seiner Anregung offenbar sucht.

Schon die räumlichen Verhältnisse erschweren die Laboratoriumsarbeit in den neuen weitausgedehnten Anstalten wesentlich. Man bedenke, in Mauer-Öhling liegt das bakteriologische Laboratorium 500 m (Luftlinie) vom Zentralgebäude und den Wohnungen der Ärzte entfernt; am „Steinhof" sind die Laboratorien über Anregung und Wunsch des ersten Direktors dieser Anstalt gar 1500 (!) m vom Administrations-

gebäude entfernt zentralisiert worden. Daß bei solch großen räumlichen Entfernungen die Laboratoriumsarbeit während der Dienststunden nicht gedeihen kann, braucht wohl nicht bewiesen werden. Die Dienststunden des Sekundararztes, speziell in Mauer-Öhling, sind aber reichlich bemessen: 29 Dienststunden wechseln mit 19 freien Stunden — innerhalb 48 Stunden — jahraus, jahrein, nur unterbrochen durch einen 26 tägigen Urlaub.

Wir sind mit unserer Anstalt so weltabgeschlossen, daß wir auf uns selbst angewiesen sind in allen Zweigen ärztlicher Tätigkeit. Daraus resultiert die Notwendigkeit, daß jeder Arzt neben der ihm zugewiesenen Tätigkeit auf psychiatrischem Gebiete noch verschiedene andere Verpflichtungen übernehmen mußte, die zu einem großen Teile noch die geringe „freie Zeit" ausfüllen.

Wir müssen unsere eigenen Konsiliarien sein und sind es auch, deswegen muß sich jeder mehr weniger in ein Spezialfach des weiten Gebietes der medizinischen Wissenschaft einarbeiten, und diese Arbeit nimmt wiederum einen großen Teil der Zeit weg, der den „damaligen jungen Ärzten" zu anderer wissenschaftlicher Betätigung, wie z. B. zu literarischen Arbeiten geblieben ist.

Röntgenapparat und photographisches Laboratorium stehen nicht unbenutzt. Beweis hierfür, daß wir mit dem anfangs eingestellten Röntgeninstrumentarium nicht das Auslangen finden konnten, und daß dasselbe nunmehr durch ein unserem Arbeitsbedürfnis „entsprechendes" ersetzt wird.

Wer, erlauben wir uns zu fragen, macht für uns die Wasseruntersuchungen für die neu zu kreierenden Familienpflegestellen? Den Ärzten der „jüngeren Generation" ist dies vorbehalten.

Und welche Fülle von Arbeiten werden nicht im bakteriologischen Laboratorium geleistet! Abgesehen von den laufenden Arbeiten dort wurden, da immer wieder Typhus in der Anstalt vorkam, alle Insassen der Abteilungen, wo Typhus vorkam, und alle sonstwie als „Bazillenträger" verdächtige Personen der Anstalt systematisch nach allen Regeln bakteriologischer Forschung untersucht. Dabei darf aber nicht übersehen werden, daß für die Laboratorien kein Diener zur Verfügung steht und der Arzt sich somit auch alle Hilfsarbeiten selbst machen muß.

Zwei Ärzte sind dazu bestimmt, die Kolonie mit 500 Kranken ärztlich zu leiten, die Arbeitsplätze zu überwachen, dazu noch die Familienpflege mit einem Stande von über 220 Kranken, verteilt über 15 Gemeinden, durch tägliche Ausfahrten zu besuchen und über alle Kranken die Krankheitsgeschichten zu führen.

Zu ihrem Pflichtkreis gehört weiter, die Angestellten der Anstalt inkl. des Meierhofes in Öhling samt Familien, sowie die Dienstboten und Tagelöhner ärztlich zu behandeln.

Von den Sekundarärzten der Heilanstalt werden noch das Lazarett mit 26 Betten, das Infektionshaus, die Ambulanz mit einer Frequenz von weit über 2000 Fällen jährlich besorgt.

Die Anstalt hat eine Hausapotheke, die die Arzneiabgabe für 1450 Pfleglinge und sämtliche Angestellte zu besorgen hat. Die Apotheke besorgt mit nur einem Laboranten wieder ein Sekundararzt.

Wir glauben im vorstehenden hinreichend klargelegt zu haben, daß die dienstlichen Verrichtungen in einer modernen weitläufigen Anstalt, die abseits von den Kulturzentren und den medizinischen Unterrichtsanstalten gelegen ist, wesentlich verschieden sind von denen einer alten geschlossenen Anstalt in einer Universitätsstadt, und daß sie viel größere Anforderungen an den Einzelnen stellen, wenn nicht diese Verhältnisse besonders berücksichtigt sind.

Wir verschließen uns aber keineswegs der Erkenntnis, daß zur Förderung der Wissenschaft aus dem reichen Materiale unserer Anstalt es notwendig wäre, daß die einzelnen Fälle vielleicht auch einer eingehenderen wissenschaftlichen Beobachtung und Analyse unterworfen werden könnten und daß im Anschlusse daran gehirnanatomische und histologische Untersuchungen in eingehender Weise betrieben würden, sowie daß, um modern zu bleiben, die Serologie ihren entsprechenden Platz in der wissenschaftlichen Betätigung der Anstaltsärzte fände.

Soll man aber dies billig fordern können, dann muß bei der Dienstesaufteilung darauf Rücksicht genommen werden, dann müssen die Behelfe in wirklich entsprechender Form und vor allem in bequemer Nähe der Hauptarbeitsstätten zur Verfügung gestellt werden, dann muß uns aber auch Gelegenheit geboten werden, mit den Zentren der Wissenschaft in lebendigen Kontakt zu kommen und zu bleiben.

Die Sekundarärzte
der n.-ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalt
in Mauer-Öhling.



Mitteilungen.

— Die „Reichspost", Wien, vom 4. März 1910 schreibt unter dem Titel: **Die Geisteskranken als Opfer des böhmischen Streites.** Der Beschluß des Landesausschusses vom 2. März d. Js., aus Ersparungsrücksichten 280 harmlose Geisteskranke aus den Landesirrenanstalten zu entlassen, wurde auf Grund des Ergebnisses einer Enquete gefaßt, die vom Sanitätsreferenten des Landesausschusses Zdarsky veranstaltet worden war. Die Enquete beschäftigte sich mit der Frage, auf welche Weise der Ausgabenetat für die Landesirrenanstalt in Prag mit der neuen Kolonie Bohnitz sowie für die Irrenanstalten in Kosmanos, Dobrzan, Ober-Berskowitz und Woporan eingeschränkt werden könnte. In der Enquete wurde hauptsächlich betont, daß in allen genannten Irrenanstalten sich eine Reihe von Patienten befinde, deren Krankheit harmloser Natur sei und die daher nicht einer ununterbrochenen Institutspflege bedürfen. Die Pflege dieser Kranken könnte von den Heimatsgemeinden besorgt werden. Auf Grund dieser Mitteilungen, deren Rückwirkung auf die möglichen Ersparungen ziffermäßig für den Landesausschuß zusammengestellt wurden, wurde der bereits gemeldete Beschluß gefaßt.

Der Landesausschuß hat auch weitere Beschränkungen bezüglich des Irrenwesens beschlossen. Die Aufnahme von geisteskranken Sträflingen soll in Zukunft in den Landesirrenanstalten unterbleiben. Die Aufnahme derartiger Geisteskranker erfolgte bisher aus dem Grunde, weil die Strafanstalten für irrsinnige Häftlinge keine eigene Abteilung besitzen. Nunmehr wird die Aufnahme derartiger Geisteskranker, deren Überwachung natürlich besondere Kosten verursacht, eingestellt und deren Pflege den Strafanstalten überlassen bleiben. Außerdem werden alle in den Landesirrenanstalten untergebrachten Geisteskranken, welche nicht nach Ländern zuständig sind, die für die Verpflegung der geisteskranken Patienten keine Entschädigung leisten, z. B. Italien, aus den Anstalten entlassen und in ihre Heimat abgeschoben werden. Die aus Deutschland ausgewiesenen, nach Böhmen zuständigen Irren werden in die Landesirrenanstalten nicht mehr aufgenommen und bleibt es dem Ermessen der politischen Behörde vorbehalten, was mit diesen Geisteskranken zu geschehen hat.

„Im übrigen" soll die Aufnahme von Geisteskranken nicht eingeschränkt werden. Die weiteren Ersparungsmaßnahmen erstrecken sich nur auf die Einstellung von Adaptierungen, Einrichtungen u. dgl.

— **Prag.** Weitere Einzelheiten der Irrenentlassungen. Zur Entlassung der 280 Irren aus den Landesirrenanstalten schreibt die Neue Freie Presse: Es ist selbstverständlich, daß bei dieser Maßregel mit der möglichsten Vorsicht und Humanität vorgegangen worden ist. Weder solche Kranke, bei denen etwa durch die längere Pflege in einer Irrenanstalt Besserung zu erhoffen gewesen wäre, noch solche, deren Aufführung zu Beunruhigung Anlaß geben könnte, wurden in die Zahl der Entlassenen aufgenommen. Es handelt sich nur um Personen, für deren Zustand es keinen großen Unterschied ausmacht, ob sie in der Pflege der Anstalt oder jener ihrer Familien bleiben. Die meisten dieser Entlassenen wurden in ihren eigenen Familien untergebracht. Bei einer geringen Minderzahl ist es allerdings notwendig, sie bei fremden Personen unterzubringen.

Durch diese Maßregel wird wohl kein Betrag erspart, der gegenüber der Finanznot des Landes irgendwie bedeutend ins Gewicht fällt. Aber es handelt sich auch um eine Entlastung der Landesirrenanstalten, deren Zustand überhaupt sehr im argen liegt. Die außerordentliche Überfüllung, die in allen Anstalten herrscht, hat es notwendig gemacht, die psychiatrischen Kliniken für die Aufnahme von Geisteskranken bereit zu halten.

Um eine Entlastung herbeizuführen, war der Bau einer neuen Irrenanstalt in Bohnitz und einer zweiten Anstalt im deutschböhmischen Gebiet geplant. Man schwankte bei letzterem Projekt zwischen der Errichtung der Anstalt in Rosental oder dem Gebiete von Komotau. Für die Entscheidung war die Frage der besseren Wasserversorgung ausschlaggebend. Die Erledigung des Planes zog sich jedoch sehr lange hin, und dies hat zur Folge gehabt, daß der Plan der Errichtung einer deutschen Irrenanstalt wegen der Not der Landesfinanzen überhaupt zurückgestellt worden ist.

Durch die Entlassung der 280 harmlosen Geisteskranken kann eine kleine Ersparnis erzielt werden. Doch glaubt man, daß mit dieser Ersparnis auf die Dauer nicht gerechnet werden könne, da bei der großen Überfüllung sämtlicher Anstalten die Freiplätze gleich wieder belegt sein werden.

Zu vorstehendem Gegenstand bringt das „Neue Wiener Tageblatt", Wien, 6. März, folgende „offizielle Erklärung".

„Prag, 5. März. In den letzten Tagen sind in verschiedenen Blättern Nachrichten des Inhalts erschienen, daß der Landesausschuß des Königreiches Böhmen beschlossen hätte, den Direktionen der Landesirrenanstalten die Entlassung einer bestimmten Anzahl von Pfleglingen aufzutragen. Diese Nachricht beruht jedoch nicht auf Wahrheit. Es ist zwar in den letzten Tagen eine Enquete unter Zuziehung der Leiter der Landeshumanitätsanstalten abgehalten worden, welche sich mit der Frage der Erzielung allfälliger Ersparnisse in diesen Anstalten beschäftigt hat. Hierbei wurde gleichzeitig erwogen, auf welche Weise der ständigen Überfüllung aller Irrenanstalten begegnet werden könnte, da diese Überfüllung einen solchen Grad erreicht hat, daß in manchen Anstalten auch akute Fälle wegen Raummangels nicht berücksichtigt werden können. Bei dieser Gelegenheit wurde von den beteiligten Faktoren die Anregung gegeben, daß in den Anstalten durch Entlassung solcher Pfleglinge, welche der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, Raum geschaffen werde Über die Frage der Abweisung von Kranken wurde überhaupt nicht verhandelt.

Die Anträge dieser Enquete waren aber nicht Gegenstand einer Verhandlung im Landesausschuß." Jene erste irreführende Nachricht ist mit langen Kommentaren durch die gesamte Tagespresse gegangen — ein interessanter Fall für das Kapitel: Psychiatrie und Presse! Red.

— **Württemberg.** Am 19. Februar 1910 hat sich ein **Verein württ. Ärzte für Nerven- und Gemütskranke** gebildet. Es sind durchschnittlich

jährlich drei bis vier Sitzungen in Aussicht genommen, welche abwechselnd in Stuttgart, an den Landesirrenanstalten und in Tübingen stattfinden werden. Der Verein dient wissenschaftlichen und kollegialen Zwecken. In der Sitzung vom 19. Februar 1910 sprachen: 1. Oberarzt Dr. Schott-Stetten über den Krankenpflegeunterricht an den Staatsirrenanstalten und 2. Oberarzt Dr. Buder-Winnental über Beiträge zur Paranoiafrage.

— **Berlin**. Die Deputation für die städtische Irrenpflege beschloß in ihrer Sitzung vom 1. März unter Vorsitz des Stadtrats Geh. San.-Rats Dr. Straßmann, mit Rücksicht auf die Hilflosigkeit und schlechte Lage der aus den Irrenanstalten als geheilt Entlassenen der Errichtung eines Fürsorgeamtes näherzutreten und zunächst an einer Stelle versuchsweise einen Beirat einzurichten, welchem auch Frauen angehören sollen. Diesem Beirat dürfte die Aufgabe zufallen, für die Unterbringung der entlassenen Geisteskranken und ihre Beschäftigung Vorsorge zu treffen und, soweit ihre Krankheit mit dem Mißbrauch geistiger Getränke in Zusammenhang steht, darauf zu achten, daß sie nicht wieder rückfällig werden.

— **München**. Um auch den Polizeiorganen Gelegenheit zu geben, mit der Behandlung Geisteskranker sich vertraut zu machen, wurden in der Psychiatrischen Klinik durch Prof. Kraepelin Vorträge abgehalten über das Thema: „Die Behandlung von Geisteskranken“. Diese Vorträge finden speziell für Kriminalbeamte, Wacht- und Oberwachtmeister der Schutzmannschaft statt.

— **Grobe Ausschreitungen römischer Irrenwärter**. Aus Rom vom 19. Februar d. Js. wird der Neuen Freien Presse geschrieben: Die Verwaltung der großen Landesirrenanstalt hat mehrere Wärter entlassen und angezeigt, welche wegen einer Lohnfrage unter dem Vorwande der Obstruktion sich des schnödesten Unfugs gegen die armen Irren schuldig machten. Mehreren Kranken wurden mit kleinen Nägeln gefüllte Brote verabreicht, so daß die Ärmsten in Mund und Kehlkopf schwere Wunden davon trugen. Mehrere Male fand man in den Suppenkesseln Mäuse, Ratten, eklige Insekten und im Gemüse schmutzige Lappen, Haarbüschel u. dergl. Der Unfug dauerte glücklicherweise nicht lange. Die entlassenen Wärter wurden nach kurzem Verhör verhaftet. Das Volk in Trastevere hätte sie gelyncht, wenn Gendarmen sie nicht beschützt hätten. (??)

(Neue Freie Presse, Wien 23. Febr. 1910.)

Referate.

— Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik. Herausgegeben von Prof. Dr. A. Dannemann, H. Schober und E. Schulze. Halle a. S. 1909, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Das Werk wird in zehn Lieferungen (à 3 M.) erscheinen, drei Lieferungen liegen bereits vor und ermöglichen ein Urteil über das Handbuch, das den Zweck hat, „eine Brücke zwischen beiden Berufen (Arzt und Pädagoge) zu schlagen, die Erfahrungen und Ratschläge aus beiden Lagern zusammenzufassen, zu gemeinsamer freundschaftlicher Arbeit . . . . alle, die ein Interesse am Heilerziehungswerke haben, zu vereinigen.“ Eine große Reihe bedeutender Namen finden wir im Verzeichnisse der Mitarbeiter; wir sind daher nicht erstaunt, in den vorliegenden Lieferungen (Abasie bis Friesel) auf zahlreiche Artikel zu stoßen, die erschöpfende, mustergültige Abhandlungen der Themen darstellen. Jedem größeren Artikel folgt ein Nachweis der einschlägigen Literatur. Zweifellos werden Pädagogen und Ärzte das Handbuch als ein willkommenes Nachschlagewerk begrüßen. Berze.

— Initialerscheinungen der zerebralen Arteriosklerose und kritische Erörterung ihrer Pathogenese. Von A. Pick. Halle a. S. 1909, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Preis 0,75 M. Erschienen in der „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten“ (Hoche) als Heft 8 von Band VIII.

Die Ungleichheit in der Verteilung der Sklerose gibt Anlaß zu einer großen Fülle von Erscheinungen. Weiter finden sich einerseits anfallsweise auftretende, transitorische Erscheinungen, andererseits Symptomenkomplexe von mehr stationärem Charakter. Bezüglich ersterer verweist P. auf seine Lehre: Jedem zerebralen Dauersymptom entspricht auch ein solches von anfallsweisem Charakter. Besonders besprochen werden Sensibilitätsstörungen (nach Anordnung und Qualität), sensorische (optische) Erscheinungen, Schwindel, transitorische Sprachstörung, ideatorische Apraxie, Paresen, gelegentlich mit Parästhesien zusammenfallend. Als pathologischer Faktor kommt vor allem der umschriebene Gefäßkrampf im Gehirn in Betracht. Den Übergang von den transitorischen Erscheinungen zu den mehr stationären Symptomenkomplexen bildet die Schlaflosigkeit, gelegentlich auch Schlafneigung. Psychische Erscheinungen ergeben oft, aber nicht immer das „Hirnbild der Arteriosklerose nach Windscheids Darstellung“: Versagen des geistig Schöpferischen, der Konzeptsfähigkeit für neue Gedanken, Gedächtnisschwäche, rasche geistige (und körperliche) Ermüdbarkeit, Schwindel, Alkoholintoleranz, zuweilen amnestische Erscheinungen, Erschwerungen des Wortverständnisses, schweres Krankheitsgefühl. P. betont noch besonders, daß die Abnahme der psychischen Elastizität frühzeitig auf dem Gebiete der Gefäße in Erscheinung tritt, was sich in Ablenken der Ansprechbarkeit und Modulationsfähigkeit der Affekte kundgibt. Störungen der Elastizität, der Permeabilität und solche der Vasomotorentätigkeit sind nach neuesten Feststellungen der Physiologie als Grundlage der Erscheinungen zu betrachten. — Zum Schlusse weist P. u. a. auf gewisse Differenzen der Verlaufsform hin, die seiner Ansicht nach auf eine differente Beteiligung der Flechsig'schen Assoziations- und Projektionszentren zu beziehen sind.

Berze.

— Stekel, Dr. W., Dichtung und Neurose. (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens.) Verlag J. F. Bergmann-Wiesbaden. (Ref.: v. Wieg-Wickenthal, Wien.)



Die Arbeit beschäftigt sich im großen und ganzen mit der Psychoanalyse des Künstlers (Dichters) und des künstlerischen Schaffens. Der Dichter schöpft aus den Mächten des Unbewußten; aus dem Konflikte zwischen den Wunsch-Phantasien und der nackten, oft herben Wirklichkeit entsteht die Neurose, aber zugleich auch der Urquell künstlerischen Schaffens. Der Kampf zwischen dem Kulturmenschen und den „ewig wüstenden" wilden Trieben in uns, der „schmähliche Waffenstillstand", „die feigen Kompromisse", machen die „geheimste Ursache aller Neurosen aus". Jeder Neurotiker ist in diesem Sinne ein Dichter, wenn ihm die Schöpferkraft der Phantasie und die individuelle Arbeitsfreudigkeit trotz seiner seelischen „Innenkämpfe" erhalten bleibt. Der „gewöhnliche Neurotiker" erkrankt, „weil er die aus dem Triebleben aufsteigenden Kräfte gewaltsam verdrängt, der Dichter aber befreit sich von seiner Neurose, weil er wie ein Vulkan die zurückgedämmten Feuerfluten nach außen wirft". Bei jedem Menschen finden wir eigentlich ein „Stück Neurose", das gleichkommt dem „individuellen Maß der normalen Verdrängung unbewußter Wünsche. Beim Normalmenschen haben aber die verdrängten Vorstellungen und Wünsche im Laufe der Zeit ihren „Affektwert" verloren, beim Neurotiker nicht. Er leidet daher unter unerklärlichen Stimmungen, „deren tiefste Ursache gefühlsbetonte Gedankenreihen des Unbewußten sind". Aus dem Kampfe zwischen unbewußten Regungen und bewußten Hemmungen entsteht die manifeste Neurose. Zwischen Künstler und Neurotiker ist psychologisch gar kein Unterschied (!), jeder Dichter ist ein Neurotiker. Die „geistige Abnormität der schaffenden Geister" ist den Menschen seit jeher aufgefallen; die Dichter sind aber nicht entartet im Sinne Lombrosos, sondern eben nur neurotisch, seelisch abnorm, des psychischen Gleichgewichtes entbehrend. Die Psychose im engeren Sinne sei eine Krankheit des Intellekts und der affektiven Sphäre, die Neurose bedinge nur eine Änderung in der affektiven Komponente. Die Dichter haben die „Wurzeln der Neurose, das übermächtige Triebleben mit dem gewöhnlichen Neurotiker gemein". Diese reiche Triebleben wird nun an einzelnen Beispielen (Dichtern) vorgeführt. „Die Neigung zur poetischen Gestaltung geheimer Wünsche ist eigentlich die tiefste Wurzel des dichterischen Schaffens." Eingehend werden nun vom Verfasser in den folgenden Kapiteln die neurotischen Züge unserer bekanntesten Dichter dargelegt und gezeigt, wie sich die Krankengeschichten der Neurotiker mit den Biographien der Dichter decken. Verf. findet hier alle Symptome der Hysterie, Verdrängung, Incestphantasien, Angstzustände, Perversionen, pathol. Affekte, period. Stimmungsschwankungen, Neigung zur Lüge und phantastischer Entstellung etc. — Zum Schlusse der Arbeit wird nun der oben angedeutete Zusammenhang zwischen Neurose und Dichter an einem Dichterwerk klargelegt. (Grillparzer: Der Traum, ein Leben.) So sei nach Ansicht des Verfassers „die Krankheit eine wesentliche Grundlage alles Fortschrittes". Ob Verfasser in seinen Konklusionen, insbesondere in der Überschätzung der neurotischen Züge unserer Dichter zu weit geht, ob er nicht zu sehr im Banne Freudscher Ideen steht, möge jeder Fachkollege selbst entscheiden, sofern er sich der Mühe unterzieht, die psychologisch immerhin originell bearbeitete Studie aufmerksam durchzuarbeiten.

Berichtigung.

In dem Artikel: „Ein Wort über die Anstaltsbibliothek" in Nr. 51, auf Seite 451, müssen die Worte: Ergänzungsheft dazu . . . . . . c. 12 M." . . . . . hinter „Monatsschrift für Psychiatrie" eingereiht werden.

In seiner Arbeit über **„Das Perhydrol (Merck) in der Behandlung alter Ohreneiterungen"**, Vortrag, gehalten in der XVI. Abteilung (Otologie) des XVI. Internat. med. Kongresses in Budapest, am 2. September 1909 („Therapeutische Rundschau", 1909, Nr. 41) sagt Sanitätsrat Dr. M. Bresgen (Wiesbaden): Während man früher von dem Gebrauche des offizinellen Wasserstoff-Superoxyds bei Ohreneiterungen wegen seiner schnellen Zersetzlichkeit trotz guter Erfolge, die beispielsweise auch Politzer ihm nachrühmt, immer wieder Abstand zu nehmen sich gezwungen sah, hat sich die Sachlage seit der Herstellung des Merckschen Perhydrols, eines beständigen 30proz. Wasserstoff-Superoxydes, und seitdem Ehrenfried das Perhydrol in die Ohrenheilkunde eingeführt hat, wesentlich verändert. Die wertvollste Beobachtung hat Nacht gemacht, indem er feststellte, daß die von ihm verordneten Perhydrol-Ohrentropfen auch den Kranken in die Hand gegeben werden können. Denn damit ist erst der Wirksamkeit des Perhydrols der größtmögliche Vorschub geleistet, ohne an die Zeit des Arztes und des Kranken ungewöhnliche Forderungen zu stellen. Nacht verordnete eine 2proz. Lösung in der Form: Perhydrol 2,0, Aqu. dest. 28,0. S. Schäumende Ohrtropfen; lauwarm ins Ohr zu bringen und 5—10 Minuten darin zu lassen.

Bresgen ist im Laufe der Zeit von der Erwärmung der Perhydrol-Lösung vollkommen abgekommen; er hat es vollkommen genügend gefunden, wenn die Perhydrol-Lösung beständig in einem Raume aufbewahrt wird, der Zimmerwärme hat.

„Ich habe das Perhydrol seit fast 5 Jahren in Gebrauch. Bei alten Ohreneiterungen habe ich es jedem anderen Mittel überlegen gefunden. In einigen Fällen, in denen sonst unbedingt die Aufmeißelung angezeigt gewesen wäre, wurde diese unter Anwendung des Perhydrols überflüssig. Ich ziehe daraus nur den einen Schluß, daß in allen solchen Fällen, vorausgesetzt, daß keine Gefahr im Verzuge begründet ist, eine Perhydrol-Behandlung vor der Aufmeißelung versucht werden muß."

Nach Eingießen bezw. Eintropfen des Perhydrols ins Ohr kamen aus dessen Tiefe manchmal „ganze Stücke", wie die Kranken sich ausdrückten, heraus, trotzdem er, wie sie meinten, bezw. weil er einige Stunden vorher mit 6proz. Perhydrol-Lösung das Ohr vollständig gesäubert hatte.

Je nach den einzelnen Fällen läßt er die Perhydrol-Ohrtropfen nur einmal oder zweimal (morgens und abends) ins Ohr gießen, und zwar wird der Gehörgang fast voll gegossen. Die Kranken läßt er 10 Minuten auf der Seite liegen; alsdann wenden sie sich so um, daß die Lösung vollständig ausfließen kann. Nachdem dies geschehen ist, wird nur die Ohrmuschel mit Watte getrocknet, ohne in den Gehörgang einzudringen, und dieser alsdann mit losem Wattebausch geschlossen und so bis zur nächsten Eingießung gehalten.

„Auffällig ist, wie vorhandener übler Geruch meist schon nach wenigen Tagen verschwindet; auch Schmerzen lassen rasch nach." Alles dies beobachtet man um so rascher, je weiter die Zugangs-Öffnungen sind, je besser also das Perhydrol in die erkrankten Räume eintreten kann.

Bresgen schreibt zum Schluß: „Ich habe von der Wirkung des Perhydrols (Merck) in alten Ohreneiterungen so vorzügliche Ergebnisse gehabt, wie bei keinem sonstigen Verfahren. Ich halte es deshalb für geboten, daß in solchen Fällen von diesem sicher wirkenden Mittel zum Nutzen der Kranken allseitig Gebrauch gemacht werde."



Dr. v. Rad, Nürnberg. Ärztlicher Verein, Nürnberg: **„Über Sabromin."** (Münchener Medizinische Wochenschrift 1909, Nr. 29, S. 1513.) Das Mittel wurde bei einer Reihe von Kranken mit chronischen nervösen und neuropsychischen Erkrankungen angewandt und wurde durchweg sehr gut vertragen Üble Nachwirkungen kamen auch nach längerem Gebrauch und stärkeren Dosen nie zur Beobachtung.

Bei Epilepsie, nervösen Herzstörungen und leichten Angst- und Depressionszuständen hat sich das Mittel sehr gut bewährt. Bei stärkerer Schlaflosigkeit hat es völlig versagt Bei Epilepsie wurden bis zu 8 Tabletten pro die gegeben und ohne Schaden vertragen. In Übereinstimmung mit Kalischer wurde beobachtet, daß, wenn man das Mittel erst spät abends oder nachts gibt, am nächsten Tag starkes Ermüdungsgefühl oft auftritt infolge der verlangsamten Ausscheidung. Sabromin wird am besten $1-1\frac{1}{2}$ Stunden nach den Hauptmahlzeiten gegeben, also zu Zeiten, wo die Fettabspaltung und Resorption am lebhaftesten ist. Das neue Brompräparat kann sehr empfohlen werden, da es völlig geschmacklos und frei von Nachwirkungen ist. Die anscheinend bessere Ausnützung des Broms ermöglicht eine etwas geringere Dosierung. Der Preis ist nicht zu hoch. 20 Tabletten kosten 1,35 M., der Gebrauch von 6 Tabletten im Tage stellt sich auf 40 Pf.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 53. 26. März **1909/10.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Caspar Max Brosius 1825—1910. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pelman-Bonn. (S. 463.) — Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Von Direktor Dr. Kluge, Potsdam. (S. 465.) — Mitteilungen (S. 468): Zur Tuberkulinbehandung der Paralytiker. Von Prof. Dr. Pilcz-Wien. Mißstände in einer Petersburger Irrenanstalt. — Referate (S. 468).

Caspar Max Brosius.

1825—1910.

Knorrig und fest, wie die Eichen seiner Heimat, war der alte Brosius, und lange Zeit hatte es den Anschein, als ob die Jahre spurlos an ihm vorübergehen wollten, und er wie früher dem Wechsel des Geschicks so auch den Stürmen des Lebens furchtlos Trotz bieten werde. Denn alt war er, der alte Brosius, und zu einer Zeit, wo wir, die wir doch auch wahrhaftig keine Jünglinge mehr sind, an der damals noch einzigen Hochschule der Psychiatrie in der Rheinprovinz, in Siegburg, unsere psychiatrischen Sporen verdienten, war er schon der wohlbestallte Besitzer einer viel genannten und gelobten Privatanstalt, die er im Jahre 1857 in Bendorf begründet hatte. Geboren am 12. Juni 1825 als der Sohn des Kreisphysikus in Burgsteinfurt i. W besuchte er das Gymnasium in Münster i. W. und die Universitäten in Greifswald und Bonn, wo er im Jahre 1848 das Doktorexamen bestand. (Dissert.: De hebetudine animi.)



Nachdem er den badischen Feldzug 1849 mitgemacht hatte, ließ er sich zuerst als praktischer Arzt in seiner Vaterstadt nieder, um nach einigen Jahren (1855), und nachdem er das Fähigkeitszeugnis zur Verwaltung eines Physikates erworben hatte, die Stelle eines Assistenzarztes an der Erlenmeyerschen Anstalt in Bendorf zu übernehmen.

In Bendorf war es auch, wo er am 1. Juli 1857 eine eigene Anstalt errichtete, die zunächst für 25 Kranke bestimmt, 1863 durch eine Familienwohnung in dem benachbarten Sayn, und 1878 durch die 10 Minuten entfernte Villa „Waldesruhe“ mit fünfzig Morgen Terrain als Kuranstalt für Nervenkranke erweitert wurde.

Die Eröffnung der Bendorfer Anstalt bedeutete damals einen wirklichen Fortschritt, da sie in der Tat die erste Anstalt in Deutschland war, in der die Ansichten Conollys, dessen Buch: The treatment of the insane without mechanical restraints er übersetzt hatte, in das Praktische übertragen und die mechanischen Zwangsmittel in der Behandlung der Geisteskranken abgeschafft waren.

In unseren Tagen, wo die alten Zwangsmittel längst von der Bildfläche verschwunden und zur Sage geworden sind, und es mir schwer fiel, noch ein einziges Exemplar einer halbvermoderten Zwangsjacke aufzutreiben, um es im Kolleg vorzuführen, wo niemand mehr seine Handhabung verstand, in dieser Zeit ist es nicht leicht, sich eine Vorstellung davon zu machen, welches Maß von Mut und Überzeugung damals dazu gehörte, um dem allgemeinen Ansturm die Stirne zu bieten und die Gefahr eines so gewagten Versuches auf sich zu nehmen.

Brosius aber hatte diese Stirn und den Mut seiner Überzeugung, und ich weiß aus jener Zeit, daß er die Überwachung besonders gefährlicher und selbstmordverdächtiger Kranken selber auf sich nahm und sie wochenlang Tag und Nacht nicht aus den Augen ließ.

Wie hier so stand er überall in der ersten Reihe der Fortschrittler und neue Ideen fanden in ihm einen regen Vertreter. Hierin kam ihm seine besondere Veranlagung zu statten, die ein seltsames Gemisch von unbeugsamer Willenskraft und von einer gewissen idealen Weltanschauung darstellte. Rasch erfaßte er das Neue, und was er einmal als richtig erkannt hatte, das hielt er fest und führte es durch jeden Kampf hindurch zum Sieg. So sehen wir ihn bei allen fortschrittlichen Bestrebungen, die der heutigen Irrenpflege ihr modernes Gepräge gegeben haben, als Vorkämpfer unter den ersten.

Brosius war es, der auf der Naturforscher-Versammlung in Hannover 1865 die Aufmerksamkeit seiner Fachgenossen auf die Irren-Kolonie in Gheel lenkte und schon 1862 in seinen Anstalten mit der Familienpflege einen praktischen Versuch machte, und ebenso war ihm die jetzt zur Panacee gewordene Bettbehandlung schon seit mehr als vierzig Jahren nichts Neues, und er hatte ihre Vorzüge in zahlreichen Schriften hervorgehoben.

So stand der kurze, gedrungene Mann mit den lebhaften Zügen und der unverwüstlichen Gesundheit und Kraft überall im Vordergrunde, wo es galt, die Irrenheilkunde, deren Pflege er zu seinem Lebensberufe gemacht hatte, ein Stück vorwärts zu treiben, ein stets beliebter Gesellschafter, und ebenso tapfer und unbesiegbar im Streite wie an der friedlichen Tafel.

Man mußte ihn gern haben, weil er überall seine ganze Persönlichkeit einsetzte und diese Persönlichkeit bei aller Urwüchsigkeit im Grunde etwas Kindliches und Bodenständiges hatte. Sein ideales Streben, auf das ich vorhin schon aufmerksam gemacht habe, fand noch in seinen letzten Lebensjahren, und nachdem er seine Anstalt in Bendorf 1897 verkauft und sich in den Ruhestand zurückgezogen hatte, eine praktische Betätigung in der Anregung, die er zur Gründung eines Allgemeinen Irrenhilfsvereins für die Rheinprovinz gegeben hat. Eine das Wohl der Geisteskranken, das Gedeihen der Irrenanstalten, das volkswirtschaftliche Interesse der Gemeinden und mehr noch des ganzen Staates berührende Frage ist die der Irrenhilfsvereine, deren Wirksamkeit noch dahin dringt, wohin die der Anstalten und die provinzialen wie staatlichen Maßnahmen nicht mehr hindringen können.

Schon vor fünfzig Jahren, als noch nichts für die Gründung solcher Vereine geschehen war, hatte er in der damals noch von Betz herausgegebenen Monatsschrift „Der Irrenfreund" zu ihrer Gründung aufgefordert, und etwa zwanzig Jahre nachher gelegentlich einer Versammlung des Vereins der rheinischen Irrenärzte den Antrag gestellt, einen Irrenhilfsverein für die Rheinprovinz zu gründen. Damals war er mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, und erst als er diesen Antrag 1900 erneuerte und ihn mit der gewichtigen Unterlage einer nicht unbedeutenden Schenkung verband (1000 M.), hatte er die Freude, seinen lange gehegten Plan in das Leben gesetzt und ein Werk geschaffen zu haben, das, eine Ergänzung und Unterstützung der provinzialen Irrenanstalten, zur Hebung des rheinischen Irrenwesens mächtig beitragen und so auch eine Wohltat für die gesunde Bevölkerung der Provinz werden kann. In den letzten Jahren kam er wenig mehr aus seiner behaglichen Häuslichkeit in Sayn heraus. Mag man auch noch so sehr Westfale und ein Kernexemplar seines Volkes sein, so gehen die Jahre doch nicht ganz ohne Spuren an einem vorüber, und Brosius war nachgerade 85 Jahre alt geworden.

Aber bis zuletzt blieb er das, was er von jeher gewesen, und noch acht Tage vor seinem Tode machte er einen längeren Spaziergang, den er allerdings als seinen letzten bezeichnete. Wenige Tage nachher legte er sich zu Bett und noch zwei Tage später nahte sich ihm ein sanfter Tod.

Mit ihm hat sich die ohnehin geringe Zahl der Senioren unter den Irrenärzten wieder um einen gelichtet, und eine typische und bei den Versammlungen des verflossenen Jahrhunderts selten fehlende Figur ist mit ihm dahingegangen. An äußeren Ehren hat es ihm nicht gefehlt. Sieben Diplome ehrten ihn als Mitglied in- und ausländischer Vereine. Er war Mitbegründer und Senior des Psychiatr. Vereins der Rheinprovinz, und der rhein. Irren-Hilfsverein ernannte seinen Gründer zu seinem Ehrenmitglied. Auch schmückte ihn das Band des russischen St. Stanislaus-Orden, dessen zweite Klasse ihm 1873 verliehen worden war.

Für sein dauerndes Andenken aber hat er außer durch die vorhin erwähnte Begründung des Irren-Hilfsvereins durch eine größere Anzahl von Veröffentlichungen gesorgt, die von seinem wissenschaftlichen Streben und seiner Tüchtigkeit Zeugnis geben.

1859. Übersetzung Conollys The treatment of the Insane without mechanical restraints.



1862 bis 1865. Psychiatrische Abhandlungen für Ärzte und Studierende. 3 Hefte. J. H. Heuser, Neuwied.

Das zweite Heft erschien besonders als Lehrbuch für Ärzte und unter dem Titel: Elemente des Irreseins.

1867. Bendorf-Sayn. Asyl für Gehirn- und Nervenkranke. Hirschwald, Berlin.

1875. Die Asyle Bendorf-Sayn und die damit verbundene Kolonie für Gehirn- und Nervenkranke. Hirschwald, Berlin.

1878. Aus meiner psychiatrischen Wirksamkeit. Eine Adresse an die praktischen Ärzte. Hirschwald, Berlin.

1883. Dr. Brosius' Heilanstalten für Nervenkranke etc. Jubiläumsschrift nach 25jähr. Bestande. Bergmann, Wiesbaden.

1894. Die Verkennung des Irreseins. Erste und zweite Auflage. Friesenhagen, Leipzig.

Außerdem gab er seit 1860 die von Betz begründete Psych. Monatsschrift für praktische Ärzte „Der Irrenfreund" zuerst im Verein mit Koster-Marsberg und dann noch eine Reihe von Jahren allein heraus. Pelman.

Psychiatrie und Fürsorgeerziehung.

Von Direktor Dr. *Kluge*, Potsdam.

Das nunmehr an die neun Jahre in Kraft befindliche Fürsorgeerziehungsgesetz hat, wenn man an eine unparteiische Prüfung seiner Erfolge geht, die bei seiner Einbringung gehegten so großen und geradezu begeisterten Hoffnungen bisher nicht erfüllt. Völlig zufrieden mit seinen Ergebnissen sind gewiß nur wenige, viele stehen seinen Leistungen noch recht skeptisch gegenüber, gar manche aber, die sich auch einen kundigen Blick in das Getriebe der Fürsorgeerziehung zutrauen, sprechen von einer großen Enttäuschung und einem Fiasko, ja vereinzelte haben sogar vor ihr gewarnt: Lieber gar keine Fürsorgeerziehung, als eine solche, wie sie jetzt besteht!

Hier herrscht nun ohne Zweifel viel Unmut, Vorurteil und Übertreibung vor, und die so hart verdammende Kritik hat gewiß keine Berechtigung. Dennoch aber wird gewiß niemand die jetzt übliche Handhabung des Gesetzes als vollkommen preisen wollen, und man wird nicht fehlgehen, wenn man behauptet, daß das Fürsorgeerziehungsgesetz gegenüber dem alten Zwangserziehungsgesetz zu besonders hervorstechenden Ergebnissen noch nicht geführt hat.

Was hat dieses noch so wenig erfreuliche Resultat verschuldet, wo liegen die Schwierigkeiten und Hindernisse, wo die Mängel und Fehler?

Die mit der Erziehung der kindlichen und jugendlichen Fürsorgezöglinge betrauten Organe und Mitarbeiter machen für das mangelhafte Gelingen ihrer Arbeit verschiedene Umstände verantwortlich, so, daß ihnen das zu erziehende Material noch immer nicht früh genug und damit nur wenig oder gar nicht mehr besserungsfähig zugehe, daß der rein subsidiäre Charakter der Fürsorgeerziehung also immer noch zu sehr betont werde, daß das gerichtliche Verfahren noch oft allzusehr in die Länge gezogen werde; daß auch noch solche Elemente der Fürsorgeerziehung übergeben würden, die tatsächlich nicht mehr erzieherisch zu beeinflussen wären; daß man die große Zahl der überwiesenen Zöglinge gar nicht in zweckentsprechender Weise unterbringen und ihrem geistigen und seelischen Zustande entsprechend gruppieren und sondern könne; daß überhaupt die erforderlichen Einrichtungen und Kräfte, wie sie der so enorme Andrang der erziehungsbedürftigen Zöglinge verlangte, gar nicht so schnell bereit zu stellen gewesen wären; daß Voreingenommenheit, Mißgunst und offene Feindseligkeit weiter Bevölkerungsschichten alle Mühen durchquerten und anderes mehr.

Alle diese Hinweise und Erklärungen haben sicherlich ihren berechtigten Grund, aber sie erschöpfen die Sache nicht völlig.

Was bei der Schaffung und beim Erlaß des Gesetzes und bei seiner Durchführung zu wenig berücksichtigt worden ist, das ist das Moment, daß es unter den der öffentlichen und staatlichen Erziehung übergebenen Kindern und Jugendlichen einen hohen Prozentsatz solcher Individuen geben muß, die infolge einer defekten und abnormen Verstandes-, Gemüts- und Willensanlage den herkömmlichen Erziehungsmethoden gar nicht zugänglich und demgemäß in ganz besonderer Weise unterzubringen, zu erziehen und zu behandeln sind.

Die deutschen Psychiater und speziell der Deutsche Verein für Psychiatrie haben schon im Jahre 1902 auf diesen Punkt hingewiesen und haben auf die Notwendigkeit der Mitwirkung des Arztes bei der Fürsorgeerziehung mit klaren Worten aufmerksam gemacht. Man hat ihre Ausführungen nur ungläubig aufgenommen und hat ihre Darlegungen von der geistigen Minderwertigkeit wohl auch mit überlegenem Spott beantwortet oder sie mit doktrinär-moralisierenden und kirchlich-religiösen Tendenzen beiseite zu schieben



und zu bekämpfen versucht. Dennoch setzten sich die medizinischen Gesichtspunkte mehr und mehr durch, und immer, wo es zu ruhiger gemeinsamer Aussprache zwischen Arzt und Erzieher kam, gelang auch eine immer wachsende Verständigung, wie eine solche vornehmlich auch auf dem zweiten Fürsorgeerziehungstage in Breslau angebahnt wurde.

Jetzt stehen der gemeinschaftlichen Bearbeitung des hier aufgetanen Grenzgebietes kirchlicher und pädagogischer Beeinflussung einerseits und ärztlicher Behandlung andererseits unüberwindliche Hindernisse nicht mehr entgegen, und hier und da ist man bereits an die tatkräftige Verwirklichung dieser Bestrebungen gegangen.

Was tut nun hierbei besonders not und in welcher Weise wird den auftauchenden Erfordernissen Rechnung zu tragen gesucht?

Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß es von größtem Werte sein muß, der defekten und abnormen Fürsorgezöglinge möglichst frühzeitig habhaft zu werden, um eben bei ihnen eine verkehrte Erziehungsmethode nicht erst Platz greifen zu lassen, sie vielmehr so bald als möglich vor die rechte Schmiede zu bringen. Zurzeit sieht das Gesetz eine planmäßige Mitwirkung des Arztes bei der Einleitung der Fürsorgeerziehung nicht vor, immerhin aber ist die Hinzuziehung des ärztlichen Sachverständigen zu einer immer geläufigeren Einrichtung geworden. Das meiste hat hierbei die Einführung der Jugendgerichte, die ja in erster Linie den Anstoß zur Einleitung der Fürsorgeerziehung geben, beigetragen. An einzelnen Landgerichten wird bereits der größere Teil aller angeklagten Kinder einer psychiatrischen Untersuchung unterworfen. Aber auch sonst ist die Hilfe des Arztes bei der Beschlußfassung des Vormundschaftsgerichtes in immer merklicherem Umfange nachgesucht worden, und neuerdings sind die Vormundschaftsgerichte durch einen Erlaß des Justizministers noch besonders auf diese Mithilfe hingewiesen worden. Hinderlich hierbei ist nur der Umstand, daß diesen Sachverständigen eine Entschädigung ihrer Mühewaltung, da Mittel hierfür seitens des Fiskus oder der Kommunen nicht bereit stehen, nicht gewährt werden kann. Da sich aber dem Vernehmen nach die einzelnen Provinzialverwaltungen als die ausführenden Organe des Fürsorgeerziehungsgesetzes sich zur anteilmäßigen Zahlung der so entstehenden Gebühren bereit erklären werden, wird auch dieses Hindernis in Wegfall kommen.

Von größter Wichtigkeit ist es weiterhin, die in Fürsorgeerziehung gegebenen und in Familienpflege oder in Anstalten untergebrachten Zöglinge auch nach der Überweisung dauernd ärztlich auf ihren Geisteszustand hin zu kontrollieren, neu auftretende Veränderungen und Störungen rechtzeitig zu eruieren und für eine zweckentsprechende Unterbringung krankhafter Elemente Sorge zu tragen. Auch hier sind schon allenthalben Anläufe genommen worden, und diese und jene Kommunalverwaltungen haben bereits energische Schritte zur Feststellung des pathologischen Prozentsatzes unter ihren Fürsorgezöglingen getan. Hier handelte es sich ja um eine grundlegende Frage, und sie ist, wie die wohl in weitestem Umfange angestellten Recherchen der Provinzen Hannover und Westfalen ergeben haben, dahin zu beantworten, daß mehr als die Hälfte aller Fürsorgezöglinge als nicht im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte anzusehen ist.

Aber mit solchen einmaligen oder mit nur gelegentlichen Untersuchungen dieser Art ist noch nicht alles geschehen und noch nicht viel gewonnen. Diese Kontrollen müßten regelmäßig statthaben, und sie müßten auch, um die verschiedenen bei der öffentlichen Erziehung ins Spiel gezogenen Kräfte zur gleichartigen Auffassung und zu gegenseitigem Verständnis zu führen, in Gemeinschaft oder doch enger Fühlung mit juristischen und pädagogischen Vertretern und mit Verwaltungsbeamten ausgeführt werden.

Zunächst war hier an die Bildung von „Aufsichts- oder „Besuchskommissionen", die sich vornehmlich aus privaten Kreisen rekrutieren sollten, als eines Hilfsorgans des Oberpräsidenten gedacht worden. Aber die Verwirklichung dieser Einrichtung, die auch zur Bildung einer Art von besonderer Beschwerdeinstanz führen sollte, stieß auf recht große Bedenken, da man auf seiten der Kommunalbehörden vielerlei Störungen und Beunruhigungen und eher eine Vermehrung als eine Minderung bestehenden Mißtrauens befürchtete.

Als wertvolles Hilfsmittel für die offiziellen Untersuchungen und Inspektionen wäre die Einführung besonderer Fragebogen anzusehen, welche die einzelnen Anstalten zwecks Beurteilung der ihnen besonders auffälligen Kinder auszufüllen und dem ärztlichen Sachverständigen zuzusenden hätten. Dabei würde am besten jede größere Verwaltung, also jeder einzelne Kommunalverband, nur an einen Sachverständigen sich halten, um die Einheitlichkeit der Auffassung und Durchführung nicht zu gefährden. Auch betreffs dieses Punktes sind seitens einzelner Provinzen schon die ersten Schritte getan worden, wie auch die Mitarbeit dieser Sachverständigen bei der Beurteilung eines Zöglings auf Grund seiner Akten eine beständige Zunahme erfährt.




Die Hauptsache würde bei alledem naturgemäß noch immer die Erledigung der Frage bleiben, was soll nun mit den als minderwertig und abnorm ausgekundschafteten Zöglingen geschehen, wie soll ihre sachgemäße Behandlung erfolgen, wo und wie soll man sie unterbringen?

Daß man die pathologischen Elemente von den gesunden trennen muß, darüber besteht kaum noch ein Zweifel. Sie sind es ja gerade, welche der Erziehung die größten Schwierigkeiten bereiten, welche die Arbeit an den Normalen beständig hemmen, welche beständig Unruhe und Störung verursachen und durch ihre Reizbarkeit, Heftigkeit und Unberechenbarkeit den ruhigen Gang erzieherischer Maßnahmen beeinträchtigen. Würde man sie nach den bei den Gesunden geltenden Erziehungsmethoden behandeln, so würde man ihnen gar oft schweres Unrecht zufügen, das sie selbst vor allen Dingen als solches aufs bitterste empfinden würden und gegen welches sie wieder mit neuer Ungeberdigkeit angehen würden; und würde man ihren defekten und abnormen Anlagen und Äußerungen vor den Gesunden die schuldige Nachsicht und Schonung zukommen lassen, so würden diese begriffsstutzig werden und ihrerseits an ungerechte Behandlung glauben. Es ließe sich also nie das erste Erfordernis aller Erziehung, das Vertrauen des Zöglings zum Erzieher, erreichen.

Absonderung und Trennung der geistig inferioren und der neuropathischen und psychopathischen Elemente von den gesunden ist daher zu einer Hauptforderung geworden. Und sie ist auch schon hier und dort verwirklicht; Unterklassen sind errichtet, Sonderabteilungen sind vorgesehen, ja es sind bereits einzelne Sonderanstalten mit der Spezialaufgabe der Erziehung schwachsinniger oder psychopathischer Zöglinge betraut worden. Die hierbei gewonnenen guten Erfahrungen, wie sie z. B. an der den potsdamer Epileptiker- und Idiotenabteilungen angegliederten Erziehungsanstalt für Knaben gemacht sind, können nur ermunternd wirken. Jedenfalls haben die in solcher Weise untergebrachten, psychiatrisch beständig überwachten Zöglinge die Gewähr, stets zu ihrem Rechte zu gelangen, sich frei entwickeln und zu einer gedeihlichen Förderung der in ihnen vorhandenen Kräfte gelangen zu können; gerade hier sind die Besserungserfolge am markantesten.

Nicht alle von der Norm abweichenden Zöglinge aber eignen sich für diese in der Mitte zwischen Erziehungsanstalt und zwischen Krankenanstalt stehenden Sonderinstitute. Eine ganze Reihe steht psychisch so tief oder zeigt so erhebliche Störungen, daß ihre dauernde ärztliche Beeinflussung und Behandlung im Vordergrund steht. Diese gehören dauernd in die Obhut des Arztes und damit in die Krankenanstalt. Aus diesem Grunde ist es auch von höchstem Werte, die in Rede stehenden Sonder- oder Zwischenanstalten möglichst den schon bestehenden Krankenanstalten, also den Irren- und den unter ärztlicher Leitung stehenden Epileptiker- und Idiotenanstalten anzugliedern. Anderenfalls wird nur allzu leicht wieder Unklarheit und Halbheit entstehen.

Nur an diesen Anstalten lassen sich auch die so außerordentlich notwendigen Beobachtungsabteilungen für Jugendliche in wahrhaft zweckentsprechender Weise einrichten. Die Beobachtung zweifelhafter Fälle findet ja auch jetzt bereits, vor allem an einer Reihe von Universitätskliniken, in immer wachsendem Maße statt, und sie werden auch niemals, auch bei noch so sorgsamer Kontrolle alles neu eingehenden und alles bei den eventuellen regelmäßigen Inspektionen in Augenschein genommenen Materials zu entbehren sein. Die vom Deutschen Verein für Psychiatrie letzthin vorgeschlagene, in Österreich übrigens neuerdings schon in vollgültiger Weise zur Verwirklichung gelangte Errichtung von Kinderabteilungen an den Irrenanstalten wird hierbei ganz besonders fruchtbringend wirken, insbesondere immer da, wo es an ärztlich geleiteten Schwachsinnigen- und Idiotenanstalten noch fehlt.

Wird bei allen diesen Einrichtungen immer als wesentlicher Grundsatz im Auge zu behalten sein, den so oder so gearteten Zögling immer noch zu erziehen zu versuchen, so wird auch, um die soziale Brauchbarkeit des Erziehungsbedürftigen nach Möglichkeit zu fördern, die Einrichtung der Familienpflege in möglichst weitgehendem Maße heranzuziehen sein, und zwar um so mehr in Anlehnung an die seitens der Irrenanstalten geübte Praxis, je mehr es sich um ausgesprochen pathologische Pfleglinge handelt. Auch in dieser Hinsicht verfügen diese oder jene Anstalten, wie z. B. Potsdam, schon über wertvolle Erfahrungen.

Daß diese ganze Materie der Unterbringung und Behandlung der pathologischen Fürsorgezöglinge noch vielfach der Klärung bedarf, daß hier noch mancherlei Gegensätze zu begleichen und Widersprüche zu überwinden sind, daß noch manche Kompetenzfragen zu erledigen und die einzelnen Arbeitsgebiete noch sorgsamer zu umschreiben sind, das ist bei der Neuheit der Sache durchaus einleuchtend. Aber auch hier hellt sich das Dunkel auf, und von Jahr zu Jahr haben sich die Gelegenheiten gemehrt, wo der Verwaltungsbeamte, der Jurist, der Theologe und der

Pädagoge sich mit dem Psychiater zusammengefunden haben, um das Problem der Arbeitsteilung zu beraten und zur Lösung zu bringen. Der in diesem Jahre in Rostock tagende Fürsorgeerziehungstag wird diesen Interessen von neuem dienen. Aber auch in stillerer Arbeit wird diese ganze Sache zu fördern gesucht. Gemeinschaftliche Fortbildungskurse, wie in Hamburg, Gießen, Frankfurt a. M., haben das ihrige hierzu beigetragen, und in der jüngsten Zeit ist ein solcher Vortragskursus offizieller Art für eine Reihe in der praktischen Erziehungsarbeit stehender Personen an der brandenburgischen Erziehungsanstalt Straußberg bereits abgehalten, gerade auch um das Verständnis der krankhaften Abweichungen den nächstbeteiligten Stellen durch einen Psychiater zu vermitteln. Gerade hier wird es darauf ankommen, in einfacher und an typischen Beispielen zu erläuternder Weise die hauptsächlichsten Abnormitäten des kindlichen Seelenlebens klarzulegen.

So ist in der letzten Zeit, wenn auch in vorsichtiger und mitunter wohl auch zaghafter, so doch aber in zweifellos immer planmäßigerer Weise vieles geschehen, was der Bedeutung des Psychiaters für die Mitwirkung bei der Fürsorgeerziehung gerecht wird. Es steht außer Frage, daß hiermit bis jetzt schon die Kenntnis und die Beurteilung der kindlichen Fehler und Vergehen eine erhebliche Bereicherung und Vertiefung erfahren hat, und es läßt sich mit Bestimmtheit erwarten, daß die bisherigen Ergebnisse der psychiatrischen Mitarbeit den Anstoß zu immer weiterer gedeihlicher Betätigung bilden werden.

Diese ganze Frage hat aber für die Psychiatrie noch eine wesentliche Bedeutung für die Zukunft. Die neue Strafgesetzreform sieht eine gesonderte Behandlung und Unterbringung der nunmehr prinzipiell anerkannten Gemindert-Zurechnungsfähigen in Erziehungs- oder Heil- und Pflegeanstalten vor. Es gilt also, hier rechtzeitig Vorarbeit zu tun und sich über den Charakter der alsdann notwendig werdenden Sonderabteilungen, Zwischen- oder Verwahranstalten ein klares Bild zu machen. Diese Fragen sind aufs innigste mit denen der Fürsorgeerziehung verknüpft. Bei diesen ist anfangs der Psychiater, gewiß nicht ohne eigene Mitschuld, in den Hintergrund gedrängt worden. Er wird nicht wieder in eigene Fehler geraten dürfen, vielmehr beizeiten die Hände regen müssen.

Mitteilungen.

— Nachtrag zum Aufsatze **„Zur Tuberkulinbehandlung der Paralytiker"** (diese Zeitschrift, 1910, Nr. 49) von Prof. Dr. Alexander Pilcz-Wien.

Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Direktor Dr. Hraše erhielt ich noch Katamnesen über folgende zwei injizierte Fälle;

A. L., aufgenommen 6. August 1906, reagierte jedesmal hoch (einmal bis 41,0°), lebt derzeit noch, ist ruhig, Lähmungserscheinungen zugenommen. (Lebt noch im vierten Jahre nach der Aufnahme.)

A. T., aufgenommen 21. Nov. 1905, reagierte nur schwach (bis 37,5°), lebt derzeit noch, ist schwerfällig, die Lähmungserscheinungen nahmen progressiv zu. (Lebt noch im fünften Jahre nach der Aufnahme.)

— Mißstände in einer Petersburger Irrenanstalt. In der städtischen Irrenanstalt „Nikolaus der Wundertätige" wurden große Mißstände entdeckt. Hunderte von Kranken lagerten auf den nackten Dielen, das weibliche und das männliche Krankenpersonal waren in einem einzigen Raum zusammengepfercht. (Pester Lloyd, Budapest. 3. März 1910.)

Referate.

— Das neueste **Ehrlich-Hata**präparat gegen Syphilis. Von Prof. Dr. Konrad Alt (Uchtspringe). Münch. med. Wochenschrift 1910, 15. März.

Das genannte Präparat ist ein Derivat des Arsenobenzols (ein Dioxydiamidoarsenobenzol: $C_{12} H_{12} O_2 N_2 As_2$). Nach Ehrlich ist man imstande, Rekurrens bei Mäusen und Ratten durch eine Injektion dieses Präparats zu heilen. „Auch bei Syphiliskaninchen — die Versuche sind erst im Anfang — hat das Präparat eine schöne Wirkung" (Ehrlich). Über die Erfolge bei menschlicher Syphilis schreibt Prof. Alt: „. . . kann ich heute berichten, daß seit 31. Januar 1910 dort (sc. im Altstädtischen Krankenhaus in Magdeburg) 27 Fälle mit florider Lues von uns nach der neuen Methode mittels einmaliger Injektion von 0,3 g behandelt und geradezu verblüffende Behandlungserfolge zu verzeichnen sind."

Zum Beispiel: „Breite, strotzende Papeln an After und Scheide verblaßten und verflachten stets sehr bald, sind in einigen ganz besonders schweren Fällen jetzt nach knapp vierwöchiger Behandlung restlos verschwunden."

Dr. Schreiber, Oberarzt am Altstädtischen Krankenhaus in Magdeburg, „. . . hat mir immer und immer wieder versichert, daß er etwas derartiges von verblüffend rascher und gründlicher Heilwirkung, die auch bei äußerst hartnäckigen Fällen sofort sichtlich einsetzte, noch nie gesehen habe."

(Prof. Lesser, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten, XI. Aufl. 1904, pag. 159: „. . . denn während bei mangelnder Pflege und Reinlichkeit, bei der oft geradezu unglaublichen „bestialischen" Vernachlässigung, die sich manche Kranke zu Schulden kommen lassen, die Papeln eine ganz exzessive Aus-

breitung und Entwicklung erlangen, so genügt andererseits oft schon Reinlichkeit und Anwendung einer indifferenten, die erkrankten Teile vor Irritationen schützenden Behandlung, um die Papelbildung nicht nur in Schranken zu halten, sondern auch in Heilung überzuführen, und durch eine geeignete spezifische Therapie werden oft in unglaublich kurzer Zeit die umfangreichsten Eruptionen von nässenden Papeln zur Resorption gebracht."

„. . . nach einiger Zeit (sc. nach der Heilung) ist in der Regel eine jede Spur der Papel verschwunden.")

Von jenen 27 behandelten Personen, welche sämtlich vordem Wassermannsche Reaktion hatten, verloren bis jetzt (7. März) vier diese Reaktion.

23 Kranke (in Uchtspringe), **meist Paralytiker**, die zum großen Teil früher schon mit Arsenophenylglyzin erfolglos vorbehandelt waren, wurden mit einer einmaligen Dosis von 0,3 g injiziert. Von 18 Kranken mit positiver Wassermannscher Reaktion verloren dieselbe gänzlich zwei, zeigen starke Abnahme zwei, zeigen erkennbare Abnahme drei. „Das spricht jedenfalls für eine spezifische Wirkung der neuen Substanz, über deren klinischen Einfluß bei der recht kurzen Dauer der Versuche ein Urteil nicht abgegeben werden kann."

Die neue Substanz führt die Bezeichnung Marke 606 und stellt ein im Vakuumröhrchen versandtes, schwefelgelbes Pulver dar. Zum Versand kommt nicht die reine Substanz, sondern ihre salzsaure Verbindung. Injektionstechnik:

„In ein niedriges Meßgefäß von ca. 50 ccm wird die Einzeldosis 0,3 — soviel verwenden wir jetzt durchweg — und etwa 10 ccm steriles Wasser eingefügt und verrührt. Dann wird soviel sterile N. Natronlauge zugefügt, bis ein nur ganz geringfügiger Rest der Substanz ungelöst bleibt; benötigt wird hierfür durchweg 2,0—2,3 ccm N. Natronlauge. Es wird nun bis zum Strich 20 ccm mit sterilem Wasser nachgefüllt, eventl. nach vorheriger Beifügung eines sterilisierten Anästhetikums. Nun wird je eine Spritze mit 10 ccm der Lösung tief in die rechte und in die linke Glutealmuskulatur unter langsamem Kolbendruck eingefügt. Zweckmäßig legt sich der Injizierte auf den Leib und bleibt etwa 1/2 Stunde so liegen.

Als Anästhetikum scheint sich ein Zusatz einer Ampulle Eusemin zu bewähren."

Die Injektion wird nicht selten als recht schmerzhaft empfunden; meist verlieren sich die Schmerzen nach 12 bis 24 Stunden. Temperatursteigerungen nur ganz vorübergehend und nicht höher als 38,8 beobachtet, regelwidrige Herztätigkeit nur in einem Falle, der mit solcher früher auch auf Arsenophenylglyzin reagiert hatte. Ganz vereinzelt Kopfschmerz und Erbrechen. Beträchtliche Leukozytose.

Dr. Bresler.

— Windscheid, Franz, Prof. Dr., Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Halle a. S. 1909, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Verf. richtet an den Arzt die Mahnung, „den Kopfschmerz von der hohen Warte der allgemeinen Pathologie aus zu betrachten", jeden Fall genau zu untersuchen und zur Vervollständigung unbedingt in gegebenen Fällen Spezialisten hinzuzuziehen. Er bespricht die verschiedenen Arten des Kopfschmerzes nach folgender Einteilung: 1. Erkrankungen des Nervensystems (Neurasthenie, Hysterie, Meningitis pur. und tbc., Pachymeningitis haem. int. und cerv. hypertr., Hydrozephalus, Gehirntumoren, Gehirnabszeß, Enzephalitis, Zirkulationsstörungen im Gehirn, Arteriosklerose, neuralgischer Kopfschmerz, Migräne, traumatischer K., sogen. habitueller K.), 2. Erkrankungen der Sinnesorgane, 3. des Verdauungstraktes, 4. der Nieren, 5. Konstitutionsanomalien (Anämie, Chlorose, Diabetes, Leukämie), 6. Vergiftungen, 7. Infektionskrankheiten, 8. Rheumatismus der Kopfschwarte. — Es ist kaum möglich, eine so große Frage in so engem Rahmen (die Arbeit umfaßt 68 Seiten) erschöpfend zu behandeln, so ist denn auch z. B. von Psychosen und namentlich auch von progr. Paralyse gar nicht die Rede und ist auch manches andere Gebiet nicht ganz zureichend berücksichtigt; immerhin aber muß man andererseits die Fülle des Gebotenen anstaunen und betonen, daß die Arbeit gute Orientierung in den Hauptsachen gewährt.

Berze.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), in Halle a. S.



Fortsetzung der Sanatorien und Heilanstalten auf der III. Umschlagseite.

Elfter Jahrgang. **Nr. 53. 1909/10.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der **Provinzial-Irrenanstalt bei Neustadt i. Holstein** ist wegen Versetzung des bisherigen Inhabers die hiesige vierte

Oberarztstelle

neu zu besetzen. Gehalt 3600 M., alle 3 Jahre steigend um 600 resp. 500 M. bis zum Höchstgehalt von 7200 M.; außerdem Dienstwohnung, Garten, elektrische Beleuchtung, Pensionsberechtigung. Psychiatrische Vorbildung erforderlich; erwünscht ist Ausbildung in chemischen und besonders serologischen Untersuchungsmethoden, sowie in der Neurologie. Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind bis zum 11. April d. J. an den Unterzeichneten zu richten.

Der Direktor: **Dr. Dabelstein.**

An der Provinzialheilanstalt für Kranke katholischer Konfession der Provinz Westfalen zu **Niedermarsberg** — Station Marsberg der Hagen—Casseler Bahn — ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Gehalt neben freier Station I. Klasse im ersten Jahre 1800 M., im zweiten Jahre 2000 M., im dritten Jahre 2200 M. Danach bei guter Bewährung pensionsberechtigte Anstellung als **Abteilungsarzt** mit einem Anfangsgehalt von 3600 M., steigend bis zu 6300 M., neben freier Wohnung für Unverheiratete, für Verheiratete freie Familienwohnung mit Garten oder 560 M. Wohnungsgeld. Frühere ärztliche Tätigkeit kann angerechnet werden. Meldungen nebst Zeugnissen und Lebenslauf werden erbeten an die Direktion.

An der **Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Weilmünster**, Reg.-Bez. Wiesbaden, ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Anfangsgehalt 1900 M. steigend bis 2400 M. neben freier Station (Wohnung, Verpflegung, Heizung, Licht, Wäsche etc.). Da demnächst eine dritte Anstalt eröffnet wird, sind die Aussichten auf baldige Beförderung zum Oberarzt nicht ungünstig.

Bewerbungen mit Approbation an den Direktor Sanitäts-Rat Dr. **Lantzius-Beninga.**

Weitere Stellengesuche und Angebote auf der dritten Umschlagseite.



Gebr. Wolff, Halle a. S., Leipzigerstr. 3.

